

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**Grado de uso de la guía de atención de emergencias en  
hemorragia obstétrica severa y su correlación con el  
tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la Ciudad  
de Lima en el periodo 2005 al 2009**

**TESIS**

**Para obtener el Grado Académico de Magíster en Obstetricia con mención  
en Salud Reproductiva**

**AUTOR**

**María Luz Díaz Hjar**

**ASESOR**

**Milena López Sánchez**

**Lima – Perú**

**2011**

A Dios por ser mi plaza fuerte, guía y  
por haberme dado a mí esposo Raúl, a mi hijo Christian  
y a mis padres que me brindan su amor y comprensión.

## AGRADECIMIENTO

A mi docente: MG. MILENA LOPEZ SANCHEZ por la calidad profesional en la enseñanza durante mi formación

## ÍNDICE GENERAL

<i>Cont.:</i>	<i>Pág.:</i>
LISTA DE FIGURAS	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación problemática	1
1.2. Formulación del Problema	2
1.3. Justificación Teórica	2
1.4. Justificación Práctica	3
1.5. Objetivos	4
1.5.1 Objetivo General	4
1.5.2 Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Marco Filosófico o Epistemológico de la Investigación	5
2.2. Antecedentes de la Investigación	8
2.3. Bases Teóricas	12
CAPITULO 3: METODOLOGÍA	21
3.1 Tipo y Diseño de Estudio	21
3.2 Población de Estudio	22
3.3 Muestra	24
3.4 Variables	24
3.5 Recolección de los Datos	27
3.6 Control de Calidad de los Datos	28
3.7 Análisis de Datos	28
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
4.1. Análisis, interpretación y Discusión de resultados	29
4.2. Discusión de Resultados	47
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	58

## LISTA DE FIGURAS

Figura	Pág
Gráfico N° 01: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN GRADO DE USO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	29
Gráfico N° 02: CORRELACIÓN ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA Y EL PUNTAJE DEL GRADO DE USO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	30
Gráfico N° 03: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN TIPO DE HEMORRAGIA. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	31
Gráfico N° 04: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA. SEGÚN COMPLICACIONES. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	32
Gráfico N° 05: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	33
Gráfico N° 06: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	34
Gráfico N° 07: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN NÚMERO DE EMBARAZOS. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	35
Gráfico N° 08: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	36
Gráfico N° 09: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN ANTECEDENTE DE CESÁREA. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	37

Gráfico N° 10: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN EDAD GESTACIONAL. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	38
Gráfico N° 11: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN PERIODO INTERGENÉSICO. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	39
Gráfico N° 12: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA. SEGÚN ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	40
Gráfico N° 13: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA. SEGÚN ADMINISTRACIÓN DE CRISTALOIDES Y PLASMA. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	41
Gráfico N° 14: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN MONITOREO DEL PACIENTE. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	42
Gráfico N° 15: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA. SEGÚN TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	43
Gráfico N° 16: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN CONDICIÓN DE INGRESO. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	44
Gráfico N° 17: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN REFERENCIA DE LA PACIENTE. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	45
Gráfico N° 18: PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA SEGÚN CONDICIÓN AL ALTA. HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA. 2005 – 2009	46

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la correlación existente entre el grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa, y el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo de diseño observacional y correlacional. La Población en estudio estuvo constituida por las Gestantes que acudieron al hospital Vitarte en búsqueda de atención obstétrica por Hemorragia Obstétrica Severa y Shock en el periodo 2005 al 2009 y que cumplieron los criterios de inclusión, la cual asciende a 105 gestantes.

**RESULTADOS:** El grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia obstétrica Severa se correlaciona negativamente con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima fue estadísticamente significativa ( $r=0.58$ ;  $p=0.0001$ ). La estancia hospitalaria fue de 2 días en 63 pacientes (60.00%) de ellas e igual o mayor o a 3 días 23 pacientes (31.43%). 92 (87.6%) salieron de alta mejoradas sin complicaciones, mejorada con complicaciones 2 (1.9%) y referida 8 (7.6%) pacientes. Las referidas fueron por complicaciones a descartar como: CID, insuficiencia renal a otro establecimiento de mayor complejidad.

El grado de uso de la guía de atención de emergencias obstétricas fue alto en 96 (91.43%) de los casos, mediano en 8 (7.62%) y bajo en 1 (0.95%). A mayor grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severas tuvo más días de estancia hospitalaria. Pero al parecer la calidad de su aplicación es inadecuada a juzgar por los resultados.

Del total de pacientes 28 (26.7%) tenían instrucción primaria, 73 (69.5%) secundaria, 22 (21.0%) 1 embarazo, 35 (33.3%) 2 embarazos y 48 (45.9%) entre 5 y 8 embarazos, 40 (38.10%) tuvieron antecedente de aborto, 13 (12.38%) con antecedente de hemorragia y 5 (4.8%) antecedente de cesárea. La edad gestacional fue  $\leq 22$  semanas 14 (34.15%), 23 a 36 semanas 13 (31.71%) y  $\geq 37$  semanas 14 (34.15%). 35 (33.33%) tuvieron período intergenésico menor de 1 año. La condición de la paciente al ingreso fue: 96 (91.43%) de ellas estable y grave 9 (8.57%). En relación a los procedimientos, en el 68 (64.76%) de ellas se administró

cristaloides o plasma, el monitoreo del estado de conciencia se realizó en 96 (91.4%) de ellas, la medición y control de la diuresis en 18 (17.1%) y el monitoreo de las funciones vitales en 95 (90.5%). La toma de exámenes de laboratorio se realizó en 101 (96.19%). Las complicaciones se observaron en 6 (5.71%) de las pacientes, complicaciones como: 1 Coagulación intravascular diseminada en casos de DPP, 1 útero de couvelaire, 1 rotura uterina y otras 3 a descartar CID. Del total 9 (8.57%) de las pacientes fueron referidas.

**CONCLUSIÓN:** El grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia obstétrica Severa se correlaciona negativamente con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima. A mayor grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severas tuvo más días de estancia hospitalaria. El grado de uso de la guía de atención de emergencias de Hemorragia Obstétrica Severa es alto, pero al parecer la calidad de su aplicación es inadecuada a juzgar por los resultados. Los factores que influyen en la estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias en Hemorragias Obstétrica Severa fueron: Condición de ingreso y/o complicaciones de la Hemorragia Obstétrica Severa (severidad del cuadro por asociación a enfermedades intercurrentes); uso inadecuado de la guía (uso parcial), sub registro de diagnósticos complementarios en historia clínica.



## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the correlation between the degree of use of emergency care guideline in severe obstetric hemorrhage, and length of stay in Vitarte Hospital of Lima in the period 2005 to 2009. **MATERIALS AND METHODS:** We conducted a study focusing quantitative, observational and correlational design. The population consisted of pregnant women who went to Vitarte hospital searching care for severe obstetric hemorrhage and shock in the period 2005 to 2009 and who met the inclusion criteria, which amounts to 105 pregnant women.

**RESULTS:** The degree of use of emergency response guides in severe obstetric hemorrhage is negatively correlated with length of stay in the Hospital Vitarte of the city of Lima was statistically significant ( $r = 0.58$ ,  $p = 0.0001$ ). The hospital stay was 2 days in 63 patients (60.00%) of them and equal to or greater or 3 days in 23 patients (31.43%). 92 (87.6%) out of high improved without complications, enhanced with two complications (1.9%) and referred eight (7.6%) patients. The complications were referred to rule as DIC, renal failure, to another establishment of greater complexity.

The degree of use of the guide emergency obstetric care was high in 96 (91.43%) cases, medium in 8 (7.62%) and low in 1 (0.95%). A greater use of emergency response guides in severe obstetric hemorrhage had more days of hospital stay. But apparently the quality of your application is inadequate to judge by results. Of all patients 28 (26.7%) had primary education, 73 (69.5%) secondary, 22 (21.0%) 1 pregnancy, 35 (33.3%) 2 pregnancies and 48 (45.9%) between 5 and 8 pregnancies, 40 (38.10 %) had a history of abortion, 13 (12.38%) with a history of bleeding and 5 (4.8%) a history of cesarean section. Gestational age was  $\leq 22$  weeks 14 (34.15%), 23 to 36 weeks 13 (31.71%) and  $\geq 37$  weeks 14 (34.15%). 35 (33.33%) had interpregnancy period of less than 1 year. The condition of the patient at admission was 96 (91.43%) of these stable and serious 9 (8.57%). In relation to procedures, in 68 (64.76%) of them were administered

crystalloid or plasma, monitoring the state of consciousness was performed in 96 (91.4%) of them, measurement and control of diuresis in 18 (17.1% ) and monitoring of vital functions in 95 (90.5%). Making laboratory tests was performed in 101 (96.19%). Complications were observed in 6 (5.71%) patients, complications such as disseminated intravascular coagulation in a case of DPP, 1 Couvelaire uterus, a uterine rupture and another 3 to rule out DIC. Total of 9 (8.57%) patients were referred.

**CONCLUSION:** The degree of use of emergency response guides in severe obstetric hemorrhage is negatively correlated with length of stay in the Hospital Vitarte of the city of Lima. A greater use of emergency response guides in severe obstetric hemorrhage had more days of hospital stay. The degree of use of emergency response guides for severe obstetric hemorrhage is high, but apparently the quality of implementation is inadequate to judge by results. The factors that influence hospital stay for patients treated for severe obstetric bleeding emergencies were: Status of income and / or complications of severe obstetric hemorrhage (severity of the intercurrent disease by association) the inappropriate use of the guide (use partial), sub complementary diagnostic logging history.

## **CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Situación Problemática**

La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil, la cual se ve agravada por el no uso de guías de atención según literatura mundial e internacional(1, 2,3,4). Mientras que las agencias de la ONU y ONG han desarrollado diversas herramientas, paquetes de servicios y políticas para estandarizar y monitorear servicios de salud humanitaria e incluir salud materna, la mayoría no atienden adecuada o sistemáticamente el problema del acceso de las mujeres a atención obstétrica de emergencia. (UNICEF, s.f), (Paxton, A. 2003)

Todas las mujeres embarazadas necesitan tener acceso a atención obstétrica de emergencia de buena calidad. Los servicios básicos de atención obstétrica de emergencia deberían ser con uso de guías de atención para estandarizar el manejo oportuno y de calidad (MINSA-DGSP, 2004).

El MINSA-DGSP (2004 y 2007b) en cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio, contribuye a disminuir la morbi mortalidad Materna Perinatal, con varias acciones dentro de ellas esta el de estandarizar conceptos y uniformizar practicas para los proveedores de salud de los servicios de atención de salud, por ello el uso de: Guías de Atención en Salud Reproductiva 2004 , la Guía de

Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva año 2007, y además se cuenta con los Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y Neonatales año 2007 entre otros. Se estima que más del 15 por ciento de las gestantes desarrolla complicaciones que necesitan atención de emergencia; asimismo, son cuatro las principales causas responsables de más del 70 por ciento de las muertes maternas: hemorragias (primera causa de muerte materna), hipertensión inducida por el embarazo, infecciones y abortos. (ONU, 2006), (INEI, s.f.)

Por ello se plantea la hipótesis: Existe correlación positiva entre el grado de uso de la guía y la estancia hospitalaria, es decir que a mayor grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa habrá menor estancia hospitalaria.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Existe correlación y que tipo de correlación existe, entre el grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa, y el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009?

## **1.3. Justificación Teórica**

El estudio se justifica debido a la necesidad identificar el grado de uso de las guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica severa, y su correlación con el tiempo de estancia hospitalaria en las pacientes con hemorragia obstétrica severa una de las principales complicaciones obstétricas que ocurre en este centro hospitalario.

Además incrementará el conocimiento sobre el grado de uso de las guías de atención de emergencias aprobadas por el Ministerio de Salud y su aplicación, así como los beneficios para el paciente con este tipo de patología.

Por otra parte, servirá como marco de referencia documental para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado.

#### **1.4. Justificación Práctica**

A través de esta investigación se podrá lograr describir el grado de uso de las guía de atención de emergencias en hemorragias obstétricas por el personal de salud, identificando el grado de cumplimiento de los procedimientos asistenciales y terapéuticos en este tipo de emergencia.

Igualmente se justifica en el beneficio que tendrá para la paciente al ser usada como información para la toma de decisiones en los establecimientos de salud que atienden esta patología, debido a que los resultados podrían ser extrapolados teniendo en consideración las características poblacionales del estudio.

Asimismo, los resultados del presente estudio servirán para fortalecer la aplicación de las guías de atención de emergencias y desarrollar hipótesis que predigan la frecuencia y calidad de uso de estas, al demostrar la importancia que estas pueden tener en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de la paciente con hemorragia obstétrica severa, así como poder determinar que tipo de correlación tiene con el tiempo de estancia hospitalaria.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar la correlación y el tipo de correlación existente entre el grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa, y el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- a. Identificar el Grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa de pacientes atendidas en el hospital
- b. Determinar el tipo de correlación existente entre el grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa y el tiempo de estancia hospitalaria.
- c. Caracterizar el tiempo de estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa
- d. Identificar los factores que influyan en el tiempo de estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Marco Filosófico o Epistemológico de la Investigación**

La ciencia ha transitado durante los dos últimos siglos bajo el paradigma del positivismo. Aquel conjunto de ideas que fueron introducidas por Augusto Comte a inicios del siglo XIX, modificadas por los integrantes del círculo de Viena y finalmente reformuladas por Popper. (Ortega, 2002)

El positivismo buscó crear una nueva metodología en la generación del conocimiento separando la ciencia de la filosofía. Partió del hecho que la ciencia debería estar constituida por conocimientos que solo pudieran ser obtenidos a partir de hechos objetivables, desechando y eliminando todo aquello que era subjetivo. Sin embargo, la mayor debilidad del marco epistemológico de la medicina actual es no entender al hombre como un ser integral, con aspectos psicológicos, espirituales, ambientales, interpersonales, muchos de ellos sin la posibilidad de ser medidos, contados u ordenados, por lo consiguiente no son tomados en cuenta por la ciencia a pesar que influyen en el proceso de salud y enfermedad. (Roa, s.f.)

La aparición en el siglo XX de nuevas corrientes epistemológicas como las derivadas de la Mecánica Cuántica, la Teoría de los Sistemas y la Teoría del Caos cuestionan el positivismo y con ello toda la investigación clínica. (Peliche, 2004)

La investigación clínica positivista se orienta a dos variables: la administración del antibiótico y la curación del paciente. Trata de controlar, es decir, homogenizar las otras variables en los pacientes en estudio. Desde el punto de vista de la Teoría del Caos el efecto curación estaría en función de lo que se conozca de las interrelaciones que existen entre todas las variables de cada uno de los subsistemas, incluyendo las desconocidas, y de la situación que se encuentren estas al inicio del fenómeno.

Por lo mencionado, los conceptos que se manejan en la Ciencia Positivista son diferentes a los que devienen de la Cuántica y de la Teoría del Caos. Los seres vivos son sistemas complejos que no obedecen al determinismo positivista. La uní causalidad pasa a ser la multicausalidad. Con ello el reduccionismo da paso a una visión holística donde el todo es mayor que la suma de las partes. Todos los procesos no pueden ser sujetos de experimentación ni muchas variables puedan ser objetivadas, porque no se tienen los recursos para ello o sencillamente porque no se conocen. (Pérez Tamayo, 2000).

En un contexto más general se puede afirmar junto con Ortega Calvo (2002) que el conocimiento médico ha transitado en el último siglo de un paradigma determinístico (etiología infecciosa) a un paradigma probabilístico, en el que se discuten redes causales o factores de riesgo de enfermedad.

En 1974 se estableció un marco conceptual que identificó los factores que parecían determinar la situación de salud: el estilo de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud. (Lalonde, 1974)



Así el presente estudio se enmarca en la determinación de una de las variables que influye el proceso salud-enfermedad tal como lo propone Lalonde (1974): los servicios de salud.

Las Hemorragias Obstétricas, son la presencia de sangrado vaginal durante el embarazo, parto o puerperio.

### **ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA**

#### **Gestación Igual o Menor de 22 semanas:**

- Amenaza de Aborto
- Aborto
- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica (mola hidatiforme)

#### **Gestación Mayor de 22 semanas:**

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Enfermedad trofoblástica
- Ruptura uterina
- Síndrome de Hellp

#### **Durante el Parto:**

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Ruptura uterina
- Ruptura de Vasa previa
- Trauma del canal del parto
- Retención de placenta
- Síndrome de Hellp

#### **En el Puerperio Temprano:**

- Retención de restos placentarios
- Atonía uterina
- Laceración del canal del parto: episiotomía, desgarro vaginoperineal, desgarro cervical, hematoma, ruptura uterina.

- Inversión del útero
- Síndrome de Hellp
- Coagulación intravascular diseminada

**En el Puerperio Tardío:**

- Retención de restos placentarios

## **2.2. Antecedentes de la Investigación**

El estudio nacional, titulado: Adherencia y uso efectivo de atención en emergencias obstétricas, manejo adecuado de la historia clínica de la paciente y su relación con el tiempo de estancia en el hospital El Carmen de la ciudad de Huancayo en el año 2006.-Su resumen es: La variable dependiente fue la estancia hospitalaria, y las independientes fueron el uso de guías de atención en emergencias obstétricas, manejo de historias clínicas de pacientes atendidas por una emergencia obstétrica. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales para responder a los objetivos, los resultados y puntajes alcanzados según el uso de atención en emergencia obstétrica en relación a los 100 puntos alcanzables fueron : hemorragia obstétrica con sangrado regular, sepsis obstétrica e HIE, de acuerdo al registro de datos que se deben consignar en la historia clínica se encontró que se realiza en menos del 50 %, que solo el 9.3%registra fecha y hora del tratamiento y/o procedimiento realizado en admisión, solo 34,9% registra la fecha y hora de alta, el 43,2% registra la hora de inicio y conclusión del procedimiento realizado(cesáreas, transfusión sanguínea, evaluación uterina y laparotomía) y solo el 1% registro las complicaciones presentadas durante los procedimientos mencionados. La estancia hospitalaria promedio fue para.: hemorragia obstétrica con sangrado abundante 4 días, hemorragia obstétrica con sangrado regular 2,97, sepsis obstétrica 4,93 días, hipertensión inducida por el embarazo 5,29 días. Esta estancia hospitalaria estuvo influida por el uso de guías de

atención y complicaciones para pacientes que fueron atendidas por hemorragia obstétrica con sangrado regular. Para pacientes que fueron atendidas por hemorragia obstétrica con sangrado abundante, las complicaciones influyeron directamente sobre la estancia hospitalaria, en el caso de atendidas por sepsis obstétrica, la estancia hospitalaria estuvo influida por la condición de ingreso al Hospital. Y para los casos de HIE la estancia hospitalaria no tuvo influencia alguna, concluyendo: que se encontró que el uso de guías de atención en emergencias obstétricas tiene relación con el tiempo de estancia hospitalaria, más no el manejo de las historias clínicas de estas pacientes atendidas. Las complicaciones que puedan presentar estas pacientes y la condición de ingreso influyeron sobre la estancia en el hospital el Carmen. (Velásquez Orrego, s.f.)

Estudio sobre: Factores que limitan el grado de uso de Guías de Práctica Clínica (GPC) por Camarena Contreras Carlos.

En el que determinan los factores que limitan la utilización de Guías Práctica Clínica, grado de uso y perfil del médico usuario. Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, de junio a agosto del 2007. Se entrevistó a 26 internistas con un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas. RESULTADOS. Los principales factores asociados al bajo uso de las GPC fueron: no se discutieron en consenso (22,7%), no disponían de las guías clínicas en la atención (18,2%), se hallaban desactualizados (13,6%). Causas menos frecuentes: las GPC no se basaban en evidencias, desconocían la existencia de las guías, la economía del paciente no permitía su uso, eran muy rígidas, la infraestructura, no usar las guías por el deseo de aplicar su experiencia. El grado de uso de las guías fue 38,5%. Los que tuvieron mayor probabilidad de usar las GPC fueron los internistas que realizaban docencia, publicaban trabajos de investigación. Concluyendo: Que la mayor parte de factores limitantes están relacionados a debilidades en la elaboración de las guías de prácticas clínicas. Los factores limitantes reportados,

en menor medida, fueron dependientes de la actitud del médico y del equipamiento e infraestructura hospitalaria.(Camarena C.2007)

Según el estudio: Implementación de las guías clínicas en el Servicio de Cardiología en el Hospital Universitario de Málaga en España, tienen un papel relevante como herramienta de apoyo y mejora en nuestra práctica clínica diaria y el beneficio de su uso es indudable en cuanto a que su incumplimiento se relaciona con una peor evolución y la realización de programas que mejoren su implantación reduce la morbilidad. Tanto la evaluación de su implantación como el diseño de los programas de mejora necesitan una metodología específica. (Gómez Doblas,J.2006)

Otro estudio sobre: Adherencia a las guías de cateterismo vesical y aplicación de hemoderivados por el personal de enfermería en el servicio médico quirúrgico de la IPS de Medellín, estudio retrospectivo apoyado en los registro de enfermeras donde es difícil inferir si el personal siguió todos los pasos o fallo en el registro lo que demostró una baja adherencia a los protocolos definidos.(Valencia Hoyos, 2008)

En el 2003 se publicó efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatal en el Perú, la experiencia del proyecto 2000. Cuyos objetivos fueron: comparar la calidad de los servicios de salud materno perinatal de establecimientos participantes en un programa de mejora de calidad y comparar con un grupo de control, evalúa comparativamente los conocimientos y actitudes de usuarias de servicios de salud materna y determina la contribución de Plan de Mejoramiento Continuo en los niveles de calidad, incluyendo: uso de datos, manejo estandarizado etc. Los resultados de esta experiencia del MINSA permiten afirmar que la mejora de la calidad de servicios es el camino hacia la reducción de la mortalidad materna y debe convertirse en la piedra

angular de doctrina que unifique el accionar del sistema de salud a escala nacional adaptándola a las peculiaridades regionales. (Seclén, 2003)

El estudio del 2008: titulado: Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE en el hospital Antioquia Medellín, la implementación de guías clínicas en la prestación de servicios de salud han demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos, luego de su implementación se evaluó hallando que su adherencia a estas guías estaba lejos de los objetivos organizacionales. Teniendo que ser rediseñada la evaluación de la adherencia a guías con la participación de personal asistencial y los planes de mejoramiento de este proceso.(Munera, 2008)

Otro estudio publicado en 2004, titulado: existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal , experiencia en hospitales del Perú , donde relacionan programa de mejora de la calidad y la satisfacción de la usuaria e incluye el uso de datos, manejo estandarizado, educación permanente , gestión y disponibilidad de recursos y al relacionar proveedor usuario y comunidad, se concluyo que el Programa de Mejora Continua de la Calidad en los servicios maternos y perinatal tuvo una asociación positiva con la Satisfacción de Usuaría. Los resultados refuerzan la necesidad de ofertar servicios humanizados de atención prenatal basados en el buen trato y en la información al usuario, con la idea de mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud y la adherencia de la gestante a ellos (Seclén, 2004)

Otro estudio sobre: Análisis de las brechas de información en la oferta de servicios maternos y su uso en la toma de decisiones, en la Diresa Amazonas 2007, enfoca la problemática de la mortalidad materna relacionada con la capacidad resolutoria de los servicios maternos, analizando su situación en la zona rural de Bagua

(Amazonas) se centra en las brechas de información existentes entre el nivel decisor de una Dirección Regional de salud Amazonas y red de salud Bagua, como en el primer nivel de atención relacionada a la información sobre la oferta de servicios maternos y que de una manera directa o indirecta en algunos casos, sirve a los decisores para medir, evaluar o verificar las actividades diarias, que indiquen si el trabajo ha sido positivo y las decisiones tomadas son las correctas, enfocados en la necesidad de disminuir la muerte materna y acercar a la mujer gestante a un servicio de salud. El manejo de una adecuada información, debería permitir generar registros válidos y confiables de datos que se puedan procesar, analizar y que generen información relacionada a indicadores idóneos para una adecuada toma de decisiones, por ello es necesario generar registros válidos adecuados, completos y confiables para zona rural del país (Mayca, 2007)

## **2.3. Bases Teóricas**

### **Conocimientos**

Mientras que las agencias de la ONU y ONG han desarrollado diversas herramientas, paquetes de servicios y políticas para estandarizar y monitorear servicios de salud humanitaria e incluir salud materna, la mayoría no atienden adecuada o sistemáticamente el problema del acceso de las mujeres a atención obstétrica de emergencia. (UNICEF, s.f.) y (Paxton, 2003)

Todas las mujeres embarazadas necesitan tener acceso a atención obstétrica de emergencia de buena calidad. Los servicios básicos de atención obstétrica de emergencia deberían ser con uso de guías de atención para estandarizar el manejo oportuno y de calidad (MINSA, 2004).

La reducción de la mortalidad materna y perinatal se encuentra dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en que el objetivo 4 es el reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años a dos terceras partes, entre 1990 a 2015. El objetivo 5 contempla mejorar la salud materna, en tanto que la meta 6 es disminuir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes (ONU, 2006).

Se estima que más del 15 por ciento de las gestantes desarrolla complicaciones que necesitan atención de emergencia; asimismo, son cuatro las principales causas responsables de más del 70 por ciento de las muertes maternas: hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones y abortos. (MINSA, 2007b)

Por su parte la 26° Conferencia sanitaria Panamericana aprobó nuevas estrategias para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, y la estrategia comprende intervenciones basadas en evidencias como los cuidados obstétricos esenciales, la promoción de la salud, al asistencia de calidad del parto y la acción de la comunidad para que las mujeres , familias y las comunidades puedan evitar las complicaciones obstétricas, identificar tempranamente los problemas y responder a ellos adecuadamente.

El proyecto 2000 en el Perú, trabajó intensamente el enfoque de calidad, así pues los establecimientos en los cuales se instalo procesos de mejora continua de la calidad, la cobertura de partos institucional se incremento en 54%( $r^2=0.87$ ) y la razón de mortalidad materna se redujo de 172 x 100 mil a 127 x 100 mil en otras DIRESAS que no participaron en el proyecto la razón no se modifico (MINSA, 2007b).

En la actualidad se tiene el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, MINSA PERU

Considérese que el Hospital Vitarte es nivel II-1 por ello maneja FONE Funciones Obstétricas Neonatales Especiales de las Guías de Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutivas.

Entre las diversas líneas de acción figuran priorizar la reducción de la mortalidad materna y perinatal como política nacional, asegurar el financiamiento desde los diferentes niveles para el mejoramiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud y el desarrollo de las actividades del plan; asegurar la dotación de sangre segura según el nivel de complejidad, y mejorar la capacidad y calidad para referir oportunamente las emergencias obstétricas, entre otras.

El MINSA y sus equipos técnicos propusieron y elaboraron documentos normativos resultado de diversas direcciones regionales de salud con experiencias exitosas en el logro de la mejora de la calidad de sus servicios, incluidas en las Guías y son puestas así al servicio de la población del país. Dichas Guías, son instrumentos de consulta para todo el personal de salud a nivel nacional, y así de esta manera pone al alcance de la población la posibilidad de acceder a una atención oportuna, de calidad y adecuada para afrontar las emergencias obstétricas en los diferentes niveles de atención.

En el MINSA - Perú usamos actualmente, al igual en nuestro hospital de Vitarte:

- Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva año 2004
- Guías de Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutivas –PERU –2007,
- Auditorias periódicas de historias clínicas



Estudio nacional de Tesis: Adherencia y uso efectivo de guías de atención en emergencias obstétricas, manejo adecuado de la historia clínica de la paciente y su relación con el tiempo de estancia en el hospital El Carmen de la ciudad de Huancayo en el año 2006, donde concluyo que el uso de guías de atención de emergencias obstétricas principales influyeron directamente sobre la estancia hospitalaria, al igual que las complicaciones. Además el tipo de emergencia obstétrica y las complicaciones de las pacientes atendidas, la condición de ellas al ingreso al hospital influyeron sobre esta (Velásquez, s.f.).

Si bien no ha habido estudio local previo en relación a este tema es relevante aun habiendo deficiencias en el registro adecuado y oportuno de dichas patologías, que al igual que los estudios antes mencionados intervinieron. Sin embargo el grado de uso de dicha guías, determina la correlación con el tiempo de estancia hospitalaria, existiendo otros factores que influyen como su estado al ingreso, y el pronóstico cuando hubiese otra patología que no sea la hemorragia.

## **Marco Conceptual / Definición de Términos**

**A. Muerte Materna.**-De acuerdo con la novena y décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud; muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes de la finalización del embarazo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Y se subdividen en :

a. **Muertes Obstétricas Directas.**- Muertes maternas causadas por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, o por intervenciones, omisiones y tratamiento

inadecuado.-fuente ONU FNUAP UNICEF BANCO MUNDIAL (Mayca, 2007)

- b. **Muertes Obstétricas Indirectas** .-muertes maternas causadas por enfermedad existente, agravada por los efectos fisiológicos del embarazo/Definiciones sacadas de la ONU y los proyectos a salvar a las madres de la federación internacional de G O (FIGO)

**B. Emergencias Obstétricas** es la aparición de una complicación que pone en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio y que requiere atención inmediata. Durante la emergencia obstétrica la mujer luce agudamente enferma, o refiere por ejemplo sangrado vaginal, sensación febril, feto que no se mueva, convulsiones, dolor abdominal, dolor de cabeza, zumbidos en los oídos, visión borrosa o escotomas (ver lucecitas) fuente Guía Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva MINSA 2004

**C. Hemorragia Obstétrica**, es definida como la hemorragia de origen útero-placentario o vaginal durante el embarazo, parto o puerperio. Parto vaginal (500cc), cesárea (1000cc), caída del 10%Hto.inicial o que requiera de transfusión.

**D. Hemorragia Obstétrica Severa o grave**, se define como aquella que lleva a la pérdida de sangre mayor a 500 ml luego de un parto o superior a 1000 ml luego de una cesárea. O a una rápida descompensación hemodinámica, consecutiva al parto o a la cesárea.

ETIOLOGÍA Las hemorragias obstétricas posparto pueden producirse por las siguientes causas: 1) falta de contracción del útero gestante; 2) desgarros vasculares; 3) dificultades al extraer la placenta y 4) trastornos de la coagulación.

**E. Shock Hipovolémico**, Síndrome clínico agudo caracterizado por hipo perfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo)

Es la primera causa de mortalidad materna, su frecuencia es aproximadamente 1 caso x 100 partos, con una mortalidad materna de 2% y fetal 65%.

Criterios diagnósticos:

Identificación de antecedentes y factores de riesgo según etiología.

Síntomas y signos: Pérdida profusa de sangre vía vaginal y/o pérdida de fluidos corporales, Taquicardia (pulso mayor de 100 x minuto), Alteraciones de la conciencia, Hipotensión (presión arterial menor de 90/60), Oliguria.

**F. Guías Nacionales de atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva** son instrumentos para mejorar la calidad de atención de las personas, permite estandarizar conceptos y uniformizar prácticas para los proveedores de salud de los servicios de atención a la salud de la mujer y el recién nacido. Los contenidos están orientados a mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud de la mujer y del recién nacido y a contribuir a reducir la mortalidad materna perinatal. Las guías dan orientación para realizar el manejo en base a información científica basada en evidencias y tecnología actualizada para resolver problemas en la atención obstétrica en condiciones normales y de emergencia, el módulo III de esta guía nacional es dedicada al manejo de emergencias obstétricas.

**G. Guía de Atención**, son un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud.

- H. Guía de práctica Clínica según niveles de capacidad resolutive,** son documentos esencialmente orientadores, que resumen la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud. Este documento puede ser la base de una guía de atención. La Guía describe los procesos de atención a desarrollarse en los diferentes niveles de capacidad resolutive que facilita al personal de los servicios de salud el manejo clínico de las emergencias obstétricas. (López Gómez, Antonieta y colaboradores ,Costa Rica 2007)
- I. Uso de guías de practica clínica:** porcentaje de adhesión o grado de uso de las guías de práctica clínica (Ramírez Donoso, Gloria La definición de las Guías Clínicas, Ministerio de Salud Gobierno de Chile)
- J. Alto Grado de uso de Guías de Práctica Clínica:** Porcentaje de adhesión o uso a las guías de práctica clínica para Emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa según guía técnica (lista de chequeo). Es : 80 a 100%
- K. Mediano Grado de uso de Guías de Práctica Clínica:** porcentaje de adhesión o uso a las guías de practica clínica para Emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa según guía técnica (lista de chequeo). Es : 21 a 79%
- L. Bajo Grado de uso de Guías de Práctica Clínica:** porcentaje de adhesión o uso a las guías de practica clínica para Emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa según guía técnica(lista de chequeo) . Es : 1 a 20%

- M. Flujograma** , es la explicación grafica y secuencial del proceso de atención en salud permite actuar en forma rápida y organizada en el sistema de salud, es una imagen mental de una acción a ejecutar.
- N. Calidad de atención en Salud**, las dimensiones que considera el usuario para definirla se centran en eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención. Calidad de Atención es satisfacer las necesidades del paciente de manera consciente y adecuación de las necesidades del paciente incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.
- O. Manejo Adecuado de Historias Clínicas**, es el registro adecuado de información completa que necesariamente debe estar consignado en las historia clínica de paciente atendida por una emergencia, es importante contar con registros, historias clínicas y archivos completos para mejorar la calidad de los servicios, por que proporciona la base para monitorear la atención a pacientes .
- P. Estancia Hospitalaria** es el tiempo en días en que la paciente permanece internada en el hospital.
- Q. Promedio de Estancia hospitalaria**, es número de días estancia entre el total de egresos x 100.
- R. Estancia Hospitalaria Normal**, es por el tiempo en que la paciente obstétrica permanece internada en el hospital. ,y que está dentro del promedio anual 2009 es 2 días.
- S. Estancia Hospitalaria Anormal**, mayor tiempo del promedio anual que la paciente obstétrica permanece internada en el hospital, será más de 2 días.

**T. Funciones Obstétricas y Neonatales** Son las actividades que están relacionadas con la identificación, seguimiento, cuidado y atención del proceso de la gestación, parto, puerperio y recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos y de acuerdo al rol que cumplen en el sistema de salud local. Pueden ser de 3 tipos :

- **FONP** = Funciones Obstétricas Neonatales Primarias, con cuidados primarios en establecimientos de Salud con categoría I-1, I-2, I-3
- **FONB** = Funciones Obstétricas Neonatales Básicas, con cuidados básicos en establecimientos de Salud con categoría I-4
- **FONE** = Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales, con cuidados esenciales en establecimientos de Salud con categoría II-1, II-2
- **FONI** = Funciones Obstétricas Neonatales Intensivos con cuidados intensivos en establecimientos de Salud con categoría III-1, III-2

**U. Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales,** Son las actividades en el área materna y perinatal, que no pueden dejar de realizar aquellos establecimientos que además cuentan con personal profesional especializado, brindan atención especializada las 24 horas, cuentan con sala de partos, disponen de área para la atención inmediata del recién nacido, cuentan con hospitalización y centro quirúrgico (generalmente Hospitales). Entre las principales actividades tenemos:

- Atención de parto distócico o complicado y del recién nacido con complicaciones, desgarro vaginal grado III y IV
- Extracción manual de placenta, complicada
- Atención aborto incompleto / Cesárea / Laparotomía / Histerectomía abdominal /hemorragia severa y shock hipovolémico

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

Este estudio trata sobre:

Analizar la correlación existente entre el grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa, y el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima en el periodo 2005 al 2009.

### **3.1. Tipo y Diseño de Estudio:**

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo de diseño observacional y correlacional. Se utilizaron guía técnica (lista de chequeo) para verificar grado de uso de la aplicación de guías de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa.

Consecuencias de la participación en el estudio:

➤ Riesgos para la salud: sin riesgo

➤ Beneficios:

a) Hay beneficio para la sociedad, al contribuir en mejorar la calidad de vida de los pacientes con menos daños y efectos adversos.

- b) Aporte valioso para estrategias encaminadas a la mejora de la calidad de atención en emergencias obstétricas en el hospital.
- c) Investigación para las buenas prácticas.

- Daños potencial: ninguno
- Confidencialidad de la información, los resultados serán mantenidos en absoluta reserva, la información será codificada con la finalidad de proteger al sujeto de estudio la misma que fue almacenada y procesada por el investigador en base de datos diseñada para ello. Solo interesaba verificar la adherencia o grado de uso del personal a las guías por lo tanto , se mantuvo la debida reserva estadística y no será empleada para poner en riesgo la intimidad o dignidad de los pacientes ni el personal asistencial.

### 3.2. Población de Estudio

**La Población** estuvo constituida por las Gestantes que acudieron al hospital Vitarte en búsqueda de atención obstétrica de emergencia por Hemorragia Obstétrica Severa y Shock en el periodo 2005 al 2009 y que cumplieron los criterios de inclusión, la cual asciende a 105 gestantes.

**La unidad de observación / análisis:** fue la gestante que acude a ser atendida por una emergencia con Hemorragia Obstétrica Severa y Shock en el hospital durante el periodo de estudio.



## **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes Gestantes que hayan sido hospitalizadas por emergencia con Hemorragia obstétrica severa y shock.
- Que la Emergencia obstétrica atendida se haya realizado durante el periodo del 2005 al 2009.
- Que el ingreso de las pacientes haya sido por el Servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Vitarte.

### **Criterios de Exclusión:**

- Paciente atendida por Emergencia con Hemorragia Obstétrica con poco o escaso sangrado.
- Paciente atendida por Emergencia Obstétrica fuera del periodo de estudio.
- Pacientes atendidas por Emergencia Obstétricas y que fueron transferidas.
- Pacientes con complicaciones excluyentes como: trastornos hematológicos y plaquetarios (CID, Hemofilia), TBC Grave, DBT Descompensada.
- Pacientes con Shock de origen: Cardiogénico, Vascular ( vaso génico o séptico).

**Instrumento:**

- Historia Clínica.
- Ficha de recolección de Datos :  
Para Identificar los factores que influyan en el tiempo de estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias con Hemorragia Obstétrica Severa en el Hospital Vitarte
- Lista de chequeo de la Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas, según Capacidad Resolutiva Nivel II-1 en Hemorragias Severas y Shock. Y plantilla para consolidado de datos.

**3.3. Muestra:**

**La Muestra comprende toda la Población**, que estuvo constituida por las Gestantes que acudieron al hospital Vitarte en búsqueda de atención obstétrica por Hemorragia Obstétrica Severa y Shock en el periodo 2005 al 2009 y que cumplan los criterios de inclusión, la cual ascendió a 105 gestantes.

**3.4. Variables**

**Variable Independiente**

Grado de Uso de Guías de Atención de la Emergencia en Hemorragia Obstétricas Severa.

**Variable Dependiente**

Tiempo de estancia hospitalaria.

**Variables Intervinientes**

Condición de la paciente al Ingreso

Patologías Concurrentes

Complicación

### **Definición Operacional de Variables:**

1. **Grado de Uso de Guías de Atención de la Emergencia en Hemorragia Obstétrica Severa:** es el porcentaje de adhesión o uso a las guías de práctica clínica mediante un puntaje de una lista de chequeo. Para el estudio tiene sustento estadístico por percentiles en: alto, mediano y bajo grado de uso de guías práctica clínicas. Puede ser: Alto, mediano, bajo grado de uso .
2. **Alto Grado de uso de Guías de Práctica Clínica:** porcentaje entre el 80 a 100% de adhesión o uso a las guías de practica clínica para Emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa según guía técnica y puntaje de la lista de chequeo.
3. **Mediano Grado de uso de Guías de Práctica Clínica:** porcentaje entre 21 a 79% de adhesión o uso a las guías de practica clínica para Emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa según guía técnica y puntaje de la lista de chequeo.
4. **Bajo Grado de uso de Guías de Práctica Clínica:** porcentaje entre 1 a 20% de adhesión o uso a las guías de practica clínica para Emergencias en Hemorragias Obstétricas Severa según guía técnica y puntaje de la lista de chequeo.
5. **Estancia Hospitalaria Normal** paciente con Hemorragia Obstétrica severa/shock, con 2 días en el hospital Vitarte ( tiempo promedio normal de estancia hospitalaria obstétrica anual al 2009 )
6. **Estancia Hospitalaria Anormal,** paciente con Hemorragia Obstétrica severa/shock con más de 2 días en el hospital Vitarte. ( tiempo mayor del promedio de estancia hospitalaria obstétrica anual al 2009 )

**7. Emergencias Obstétricas** es la aparición de una complicación que pone en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio y que requiere atención inmediata.

**8. Hemorragia Obstétrica**, es la hemorragia de origen útero-placentario o vaginal durante el embarazo, parto o puerperio. Parto vaginal (500cc), cesárea (1000cc), caída del 10%Hto.inicial o que requiera de transfusión.

**9. Hemorragia Obstétrica Severa o grave**, se define como aquella que lleva a la pérdida de sangre mayor a 500 ml luego de un parto o superior a 1000 ml luego de una cesárea, ò caída del 10% de Hematocrito inicial o que requiera transfusión por una rápida descompensación hemodinámica.

ETIOLOGÍA Las hemorragias obstétricas posparto pueden producirse por las siguientes causas: 1) falta de contracción del útero gestante; 2) desgarros vasculares; 3) dificultades al extraer la placenta y 4) trastornos de la coagulación.

**10. Shock Hipovolémico**, Síndrome clínico agudo caracterizado por hipo perfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo) .

PARAMETROS	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de volemia (%)	<15%	15-30%	30-40%	>40%
Frecuencia de pulso	<100	>100	>120	>140
Presión arterial en posición supina	Normal	Normal Hipotensión ortostática	Baja	Baja
Diuresis	>30	20-30	15-20	<15
Estado Mental	Ansioso o normal	Agitado	Confuso	Letárgico

11. **Manejo de Historias Clínicas** con un registro adecuado de información completa que necesariamente debe estar consignado en las historias clínicas de pacientes atendidas por una emergencia, es importante contar con registros, historias clínicas y archivos completos para mejorar la calidad de los servicios, por que proporciona la base para monitorear la atención a pacientes.
12. **Condición de la Paciente al Ingreso** Situación de salud de la paciente al ingreso a la emergencia. Puede ser :
- **Estable:** lesión de sistemas sin compromiso vital, ni secuelas.
  - **Grave:** lesión de 1 o más sistemas con compromiso vital o de secuelas graves
13. **Patologías Concurrentes** Enfermedades que pueden agravar la condición de salud de la paciente, según lista de verificación: anemia, mioma, desnutrición, etc.
14. **Complicaciones de Hemorragias Obstétricas Severas,** presencia de las siguientes complicaciones: Shock hipovolémico, Coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, necrosis de la hipófisis anterior, útero de couvelaire.

### 3.5. Recolección de los Datos

- a. Para dar cumplimiento al objetivo de estudio , se presentó a la dirección del Hospital Vitarte, la solicitud para elaborar el trabajo de investigación adjuntando el proyecto aceptado e inscrito en UNMSM.
- b. Teniendo la autorización escrita, se procede a ingresar al servicio de estadística y archivo del hospital Vitarte, para la recolección de datos en la ficha.
- c. Personalmente seleccione los casos, en forma reiterativa para confirmar que estén dentro del estudio.

- d. Se seleccionó y capacitó a 2 personas trabajadoras del hospital para que fuera de su horario de trabajo , realizaran el llenado de las fichas.
- e. Seleccionando los casos que cumplían con los criterios de inclusión (pacientes hospitalizadas por emergencia con hemorragia obstétrica severa o shock, dentro del periodo 2005 al 2009, y cuyo ingreso sea por emergencia de Gineco Obstetricia del hospital Vitarte)
- f. No se tomaron los casos que se encontró criterios de exclusión.
- g. El grado de uso o adherencia a las guías de atención de emergencia en hemorragia obstétrica, fue medida a través de la guía técnica (lista de chequeo) la cual se muestra en anexos según capacidad resolutive nivel II.1 en hemorragias Severas y Shock..
- h. Se aplicó a su vez un formulario de recolección de datos de la historia clínica del paciente en estudio

### **3.6. Control calidad de los Datos**

- Capacitación de las 2 personas que recopilan datos.
- Doble digitación
- Revisión de fichas donde hayan inconsistencias, se volvió a sacar datos de Historia Clínica.

### **3.7. Análisis de datos**

#### **ESTRATEGIA DE ANÁLISIS:**

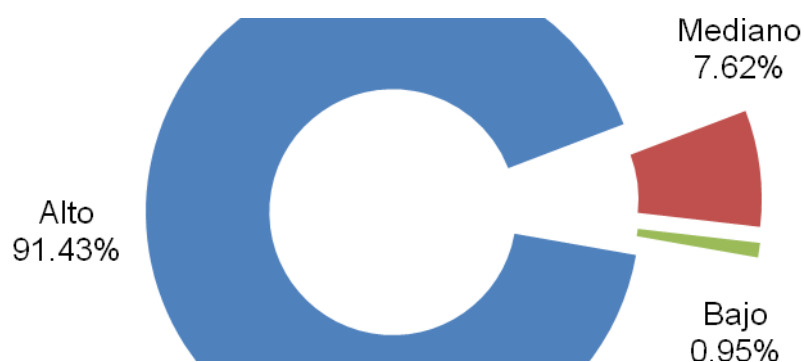
Los datos obtenidos han sido procesados por estadística descriptiva, prueba de Sperman (correlación: entre cuantitativos), t de Student (asociación o interdependencia entre dos variables) entre otras.

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Análisis, interpretación y Discusión de resultados

Gráfico N° 01

**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA  
SEGÚN GRADO DE USO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE  
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS  
HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.  
2005 - 2009**



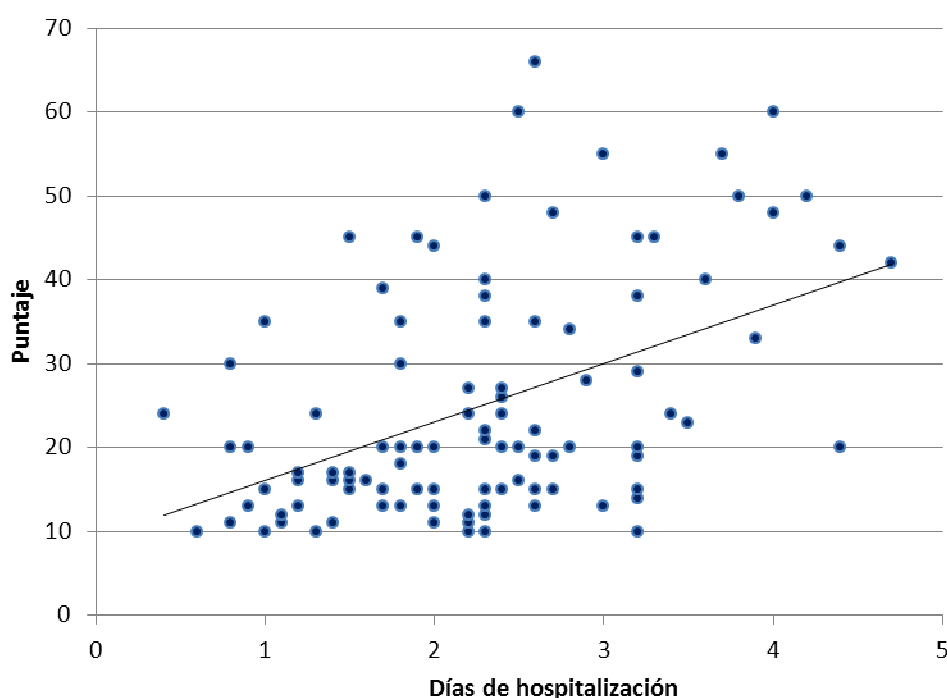
El grado de uso de la guía de atención de emergencias obstétricas fue alto en 96 (91.43%) de los casos, mediano en 8 (7.62%) y bajo en 1 (0.95%). Siendo determinado por el porcentaje de adherencia al uso de la guía, según lista de chequeo aplicada a cada caso.

**Gráfico N° 2**

**CORRELACIÓN ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA Y EL PUNTAJE DEL GRADO DE USO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**

**2005 - 2009**



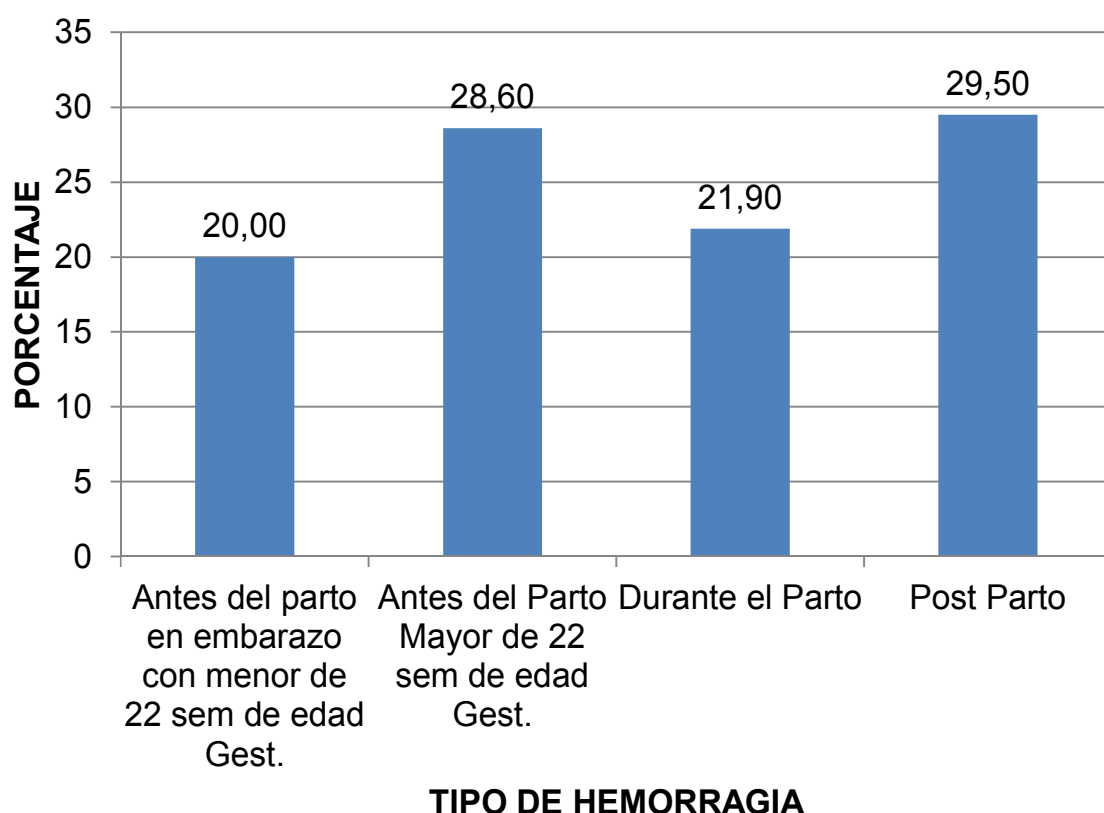
El grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia obstétrica Severa se correlaciona negativamente con el tiempo de estancia hospitalaria, siendo su valor estadísticamente significativa( $r=0.58$ ;  $p=0.0001$ )

La estancia hospitalaria promedio en los pacientes que tuvieron alto grado de uso fue 2.42 días y en aquellos que presentaron mediano o bajo grado de uso de estas guías la estancia hospitalaria promedio fue 1.44 días.

Es decir: a mayor grado de uso de la guía de atención de emergencias en hemorragias Obstétricas Severas tuvo más días de estancia hospitalaria.

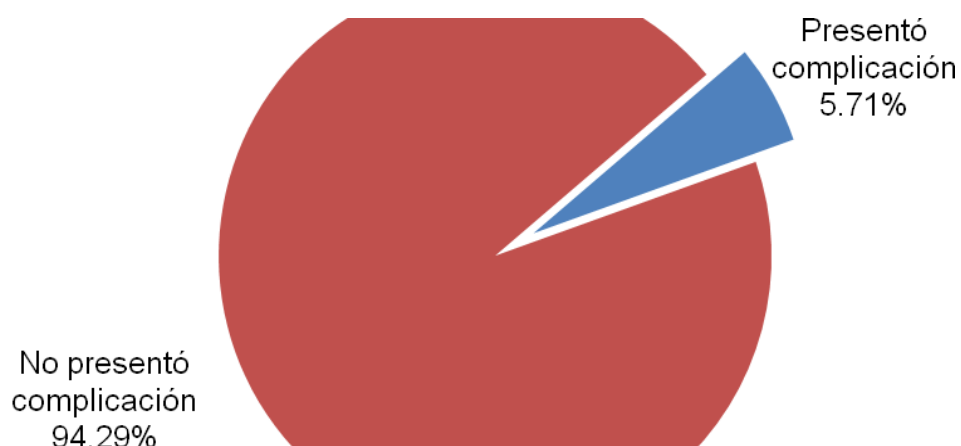


**Gráfico N° 3**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN TIPO DE HEMORRAGIA**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



El tipo de Hemorragia Severa, se clasificó en: Embarazo menor de 22 semanas 21 (20.0%), antes del parto de mayor de 22 semanas 30 (28.6%), en parto 23 (21.9%) y en Post parto (puerperio) 31 (29.5%). Siendo las características de ingreso por hemorragia obstétrica severa en Embarazo menor de 22 semanas (abortos incompletos), antes del parto (Placenta Previa, Desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina), durante el parto (placenta previa y lesión cervico-vaginal), en post Parto (atonía uterina y restos placentarios).

**Gráfico N° 4**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN COMPLICACIONES**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



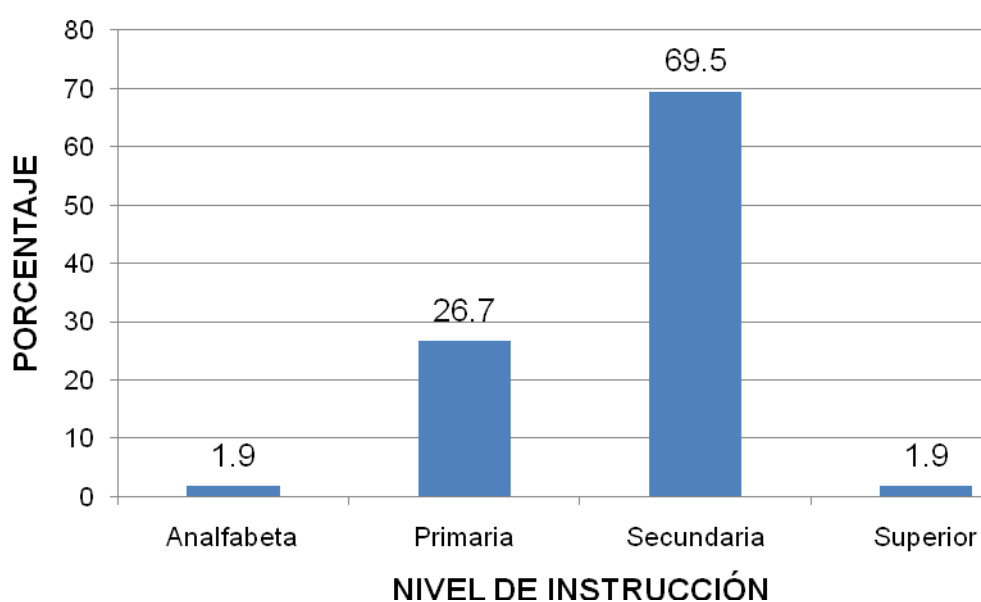
En relación a la presencia de complicaciones, estas se observaron en 6 (5.71%) de las pacientes. Complicaciones como: 1 Coagulación intravascular diseminada en casos de DPP, 1 útero de couvelaire, 1 rotura uterina y otras 3 a descartar CID.

**Gráfico N° 5**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



La estancia hospitalaria fue de 1 día en 9 (8.57%) de las pacientes, 2 días en 63 (60.0%) de ellas e igual o mayor o a 3 días 23 (31.43%).

**Gráfico N° 06**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



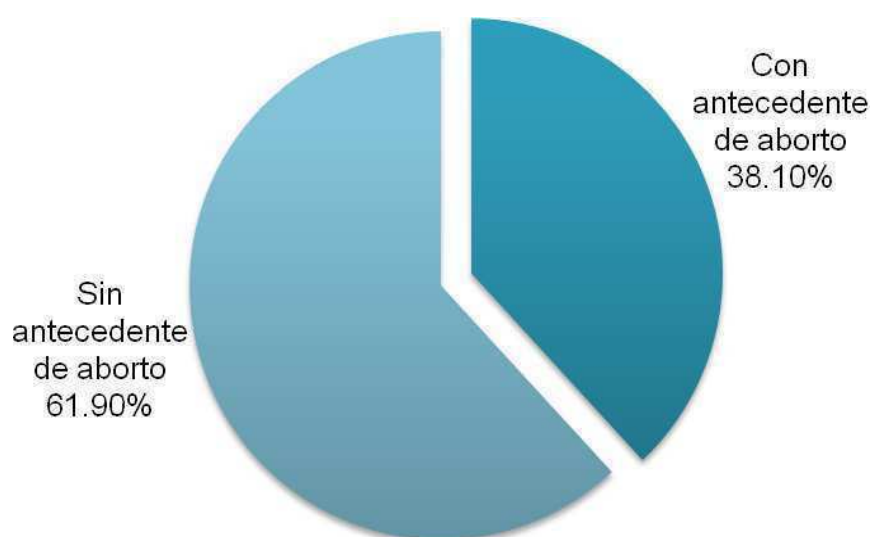
En relación al nivel de instrucción de las pacientes, 2 (1.9%) de ellas eran analfabetas, 28 (26.7%) tenían instrucción primaria, 73 (69.5%) secundaria y 2 (1.9%) superior.

**Gráfico N° 07**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN NÚMERO DE EMBARAZOS**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



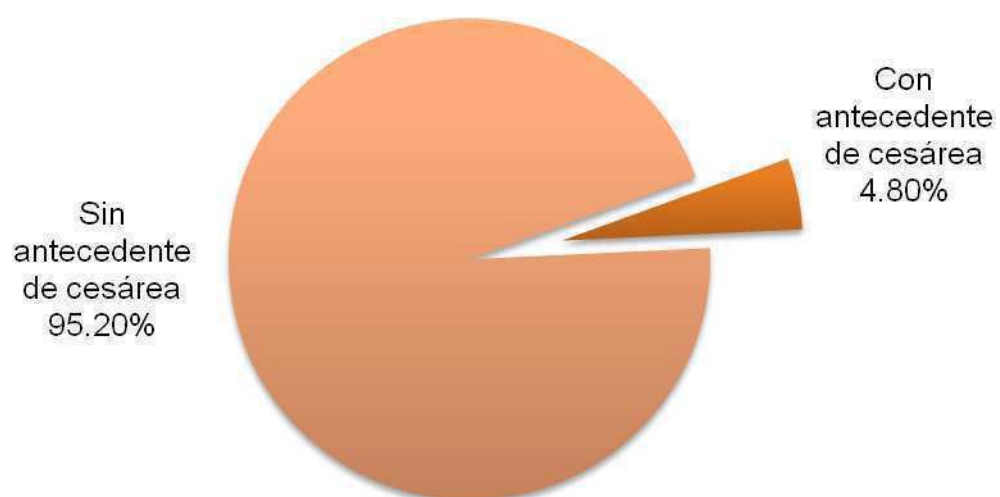
Las pacientes según el número de embarazos se distribuyeron de la siguiente forma: 22 (21.0%) 1 embarazo, 35 (33.3%) 2 embarazos, 20 (19.0%) 3 embarazos, 16 (15.2%) 4 embarazos, 6 (5.7%) 5 embarazos, 3 (2.9%) 6 embarazos, 2 (1.9%) 7 embarazos y 1 (1.0%) 8 embarazos.

**Gráfico N° 08**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



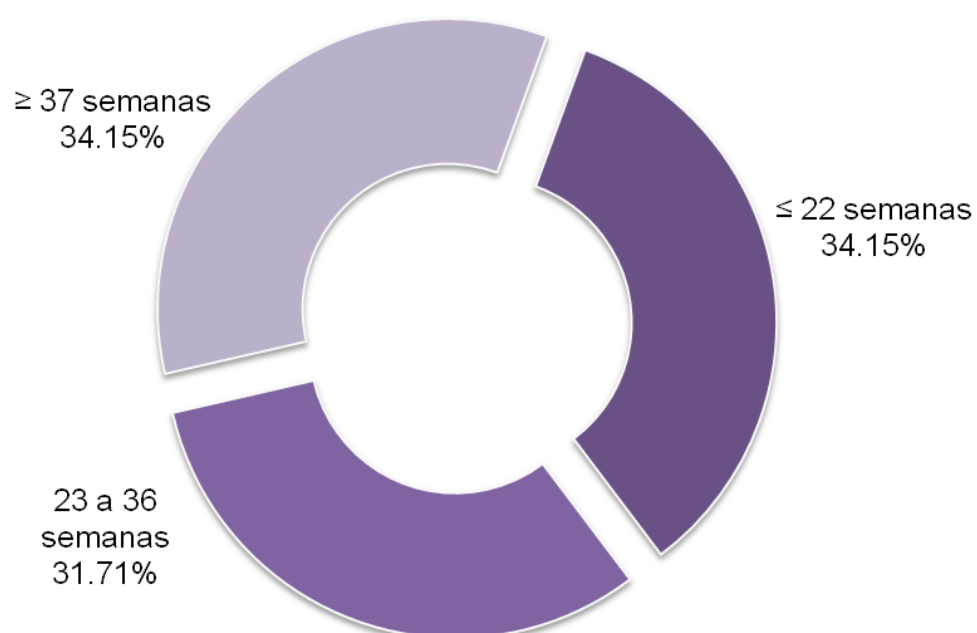
En relación al antecedente de aborto, 40 (38.10%) de las pacientes tuvieron este antecedente.

**Gráfico N° 09**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN ANTECEDENTE DE CESÁREA**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



En antecedente de cesárea estuvo presente en 5 (4.8%) de las pacientes.

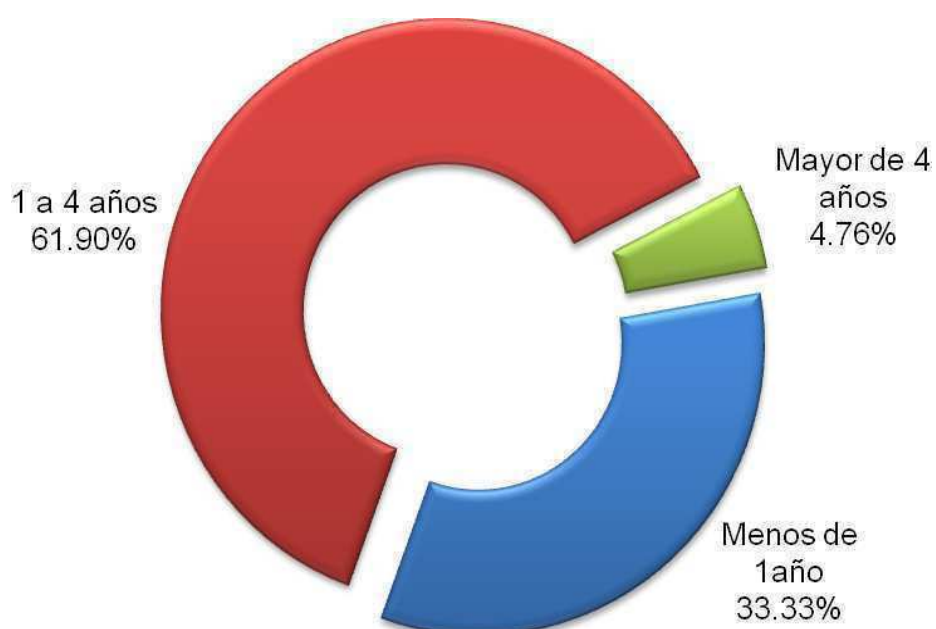
**Gráfico N° 10**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN EDAD GESTACIONAL**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



La edad gestacional fue  $\leq 22$  semanas 14 (34.15%), 23 a 36 semanas 13 (31.71%) y  $\geq 37$  semanas 14 (34.15%).

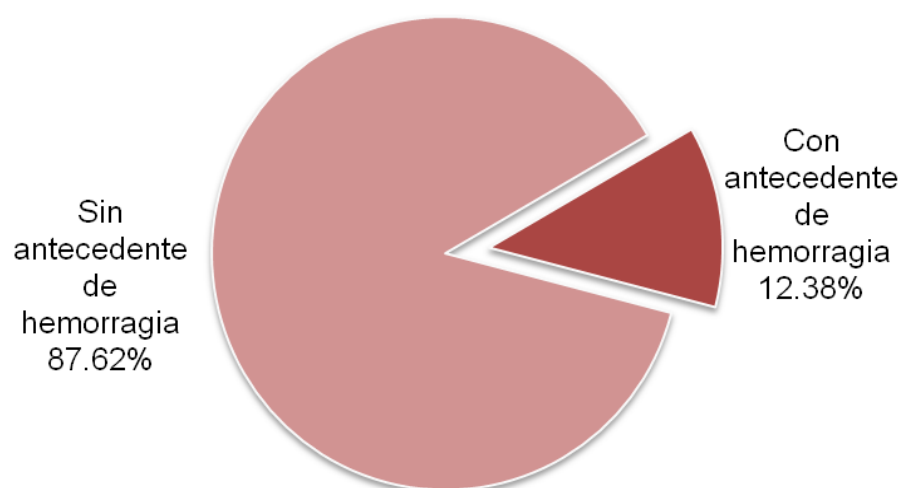


**Gráfico N° 11**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN PERIODO INTERGENÉSICO**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



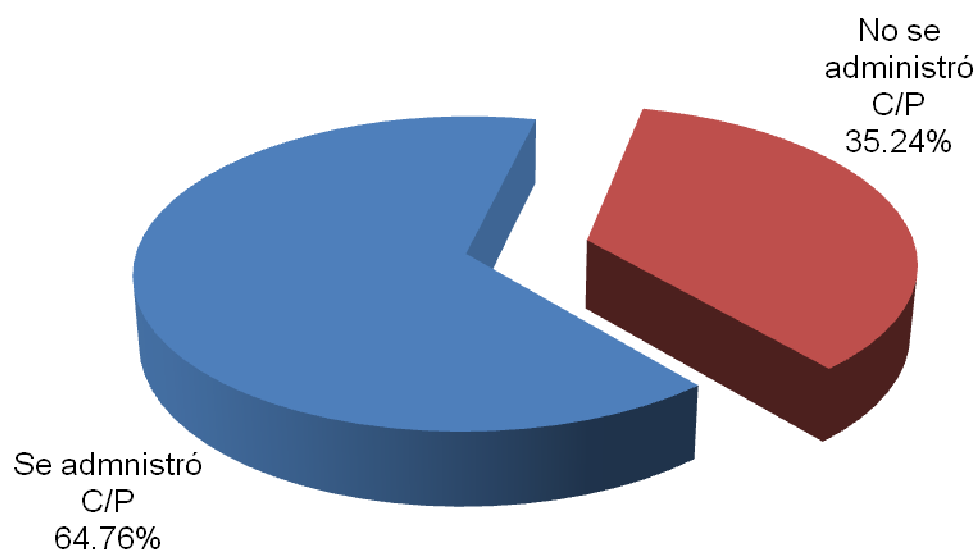
El período intergenésico menor de 1 año en 35 (33.33%) de las pacientes, de 1 a 4 años en 65 (61.90%) de ellas y mayor de 4 años en 5 (4.76 %)

**Gráfico N° 12**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN ANTECEDENTE DE HEMORRAGIA**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



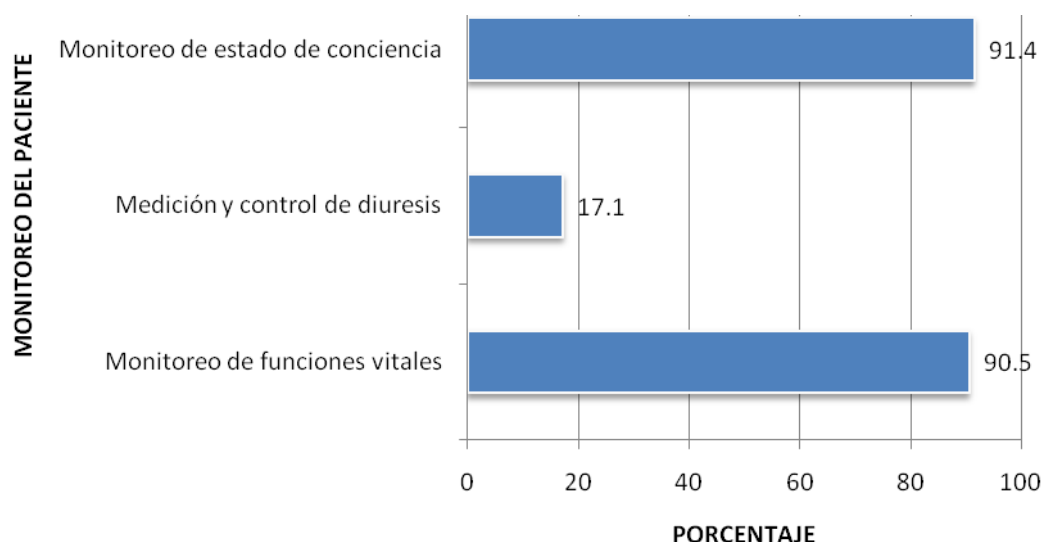
El antecedente de hemorragia estuvo presente en 13 (12.38%) de las gestantes atendidas.

**Gráfico N° 13**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN ADMINISTRACIÓN DE CRISTALOIDES Y PLASMA**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



En 68 (35.24%) de las pacientes se administró cristaloides y plasma.

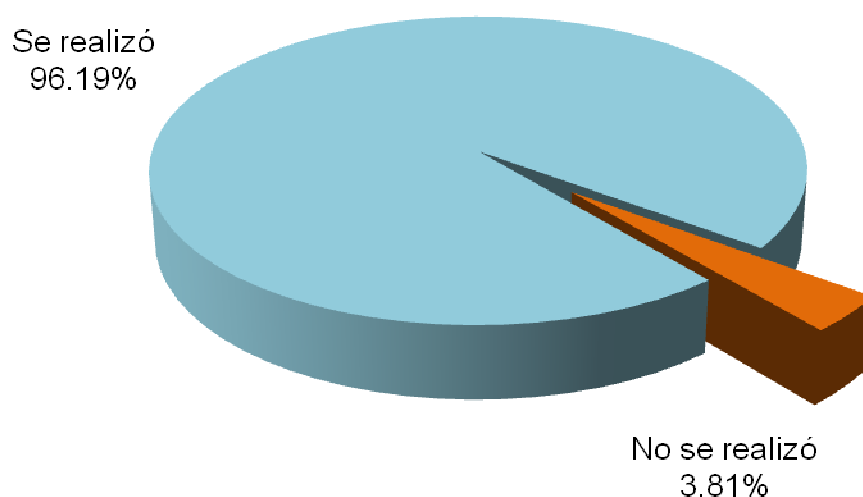
**Gráfico N° 14**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN MONITOREO DEL PACIENTE**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



En este grupo de pacientes el monitoreo del estado de conciencia se realizó en 96 (91.4%) de ellas, la medición y control de la diuresis en 18 (17.1%) y el monitoreo de las funciones vitales en 95 (90.5%).

Encontrándose parcialmente aplicada el uso de la guía .

**Gráfico N° 15**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



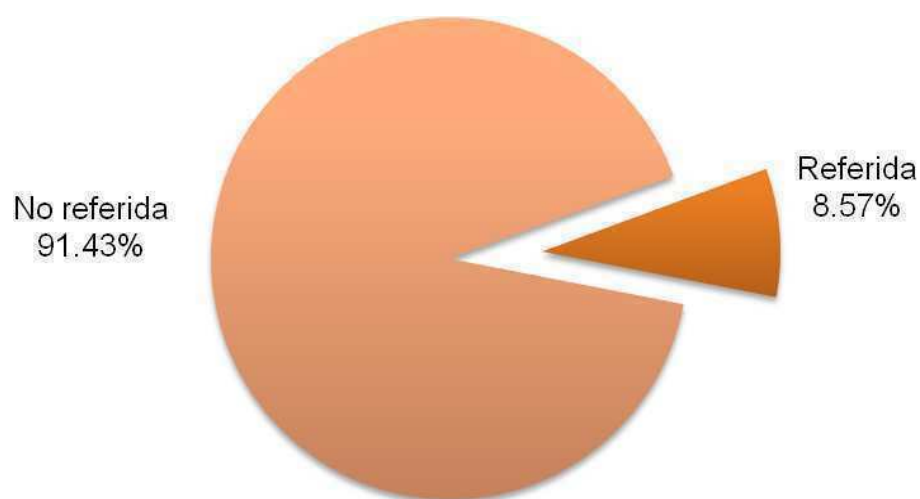
La toma de exámenes de laboratorio se realizó en 101 (96.19%) de los pacientes.

**Gráfico N° 16**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN CONDICIÓN DE INGRESO**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



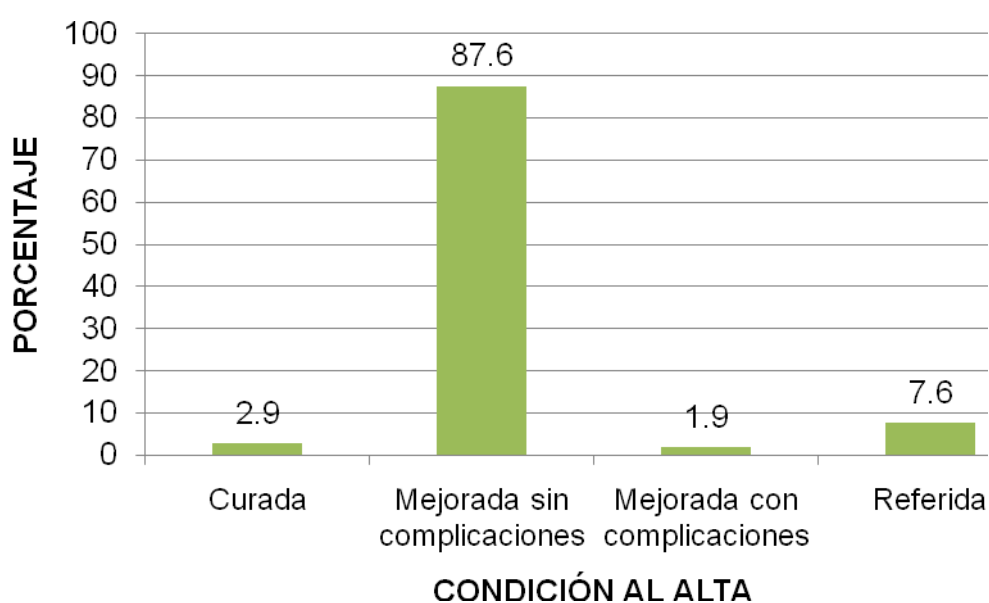
La condición de la paciente al ingreso fue: 96 (91.43%) de ellas estable y grave 9 (8.57%).

**Gráfico N° 17**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN REFERENCIA DE LA PACIENTE**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



9 (8.57%) de las pacientes atendidas fueron referidas a un establecimiento de mayor complejidad .

**Gráfico N° 18**  
**PACIENTES ATENDIDAS POR HEMORRAGIA OBSTÉTRICA SEVERA**  
**SEGÚN CONDICIÓN AL ALTA**  
**HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA.**  
**2005 - 2009**



La condición de alta de las pacientes fue: curada 3 (2.9%), mejorada sin complicaciones 92 (87.6%), mejorada con complicaciones 2 (1.9%) y referida 8 (7.6%). Las referidas fueron por complicaciones a descartar como: CID, insuficiencia renal a otro establecimiento de mayor complejidad.



## 4.2. Discusión de Resultados

La hemorragia es una de las causas más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de emergencia durante la gestación. En esta revisión hemos realizado una evaluación del manejo de las gestantes que acuden al servicio de emergencia por un sangrado vaginal durante la gestación, para ello hemos valorado el grado de uso de la guía de atención de emergencias del Ministerio de Salud del Perú, es decir el porcentaje de adhesión a las guías que para el estudio tuvo un sustento estadístico aplicando una ficha y lista de chequeo por percentiles (puntajes) al 100 % y se clasificó en alto (80 a 100%), mediano (21 a 79%) y bajo (1 a 20%) grado de uso de guías prácticas clínicas.

En el presente estudio hallamos que existe un alto grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severas. Sin embargo, en otro estudio similar se halló que sólo en 4 de cada 10 pacientes se usaba las guías de práctica clínica, siendo la mayor parte de factores limitantes están relacionados a debilidades en la elaboración de las guías de prácticas clínicas (su disponibilidad o desactualización); siendo los factores limitantes reportados, en menor medida fueron dependientes de la actitud del médico, el equipamiento e infraestructura hospitalaria (Camarena, 2007).

También se coincide en que es difícil inferir si el personal siguió todos los pasos o falló en el registro lo que demostró una baja adherencia a las guías definidas. (Valencia Hoyos, 2008)

Asimismo, al analizar el grado de uso de las guías con la estancia hospitalaria (días de hospitalización) se observó correlación negativa entre estas variables, es decir a mayor grado de uso se presentó mayor estancia hospitalaria; negando la hipótesis de: a mayor grado de uso de la guía menor estancia hospitalaria. Ello se puede explicar por muchos factores que influyen en la estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias en Hemorragias Obstétrica Severa los cuales fueron: Condición de ingreso y/o complicaciones de la Hemorragia Obstétrica Severa(severidad del cuadro por asociación a enfermedades intercurrentes); uso inadecuado de la guía (siendo la guía parcialmente usada, no da aún la seguridad para dar de alta rápidamente) otro factor fue el promedio de estancia de días de internamiento que se tomó en Hospital Vitarte es de pacientes Obstétricas normales y patológicas. Además, consideremos que dichas guías no necesariamente fueron bien aplicadas a casos con diagnósticos confirmados por el nivel del establecimiento, y carencias en exámenes auxiliares oportunos para confirmar otros diagnósticos, y su resolución. Finalmente este hallazgo es concordante con el descrito por Velásquez Orrego(s.f.), quien señala que también las complicaciones que puedan presentar estas pacientes y la condición de ingreso influyeron sobre la mayor estancia hospitalaria con mayor uso de la guía clínica.

Por ello, mejorar la calidad de la atención es una necesidad que se acrecienta en nuestro medio, no sólo en los centros de alta especialidad médica y tecnológica, como es el tercer nivel de atención, sino también en el primer y segundo nivel, pues otorgan servicios a la mayor parte de la población. (Pavón-León, 2003)

Sin embargo, en nuestro estudio se observa que en algunas de ellas se omitió el registro de la historia clínica de los hallazgos y procedimientos efectuados en el paciente, hallazgo que también ha sido descrito por Velásquez (s.f.) en la mayoría de historias clínicas evaluadas.

En el estudio se encontró un alto grado de uso de la guía de atención de emergencia con algunas fallas identificadas en lista de chequeo, contrario a otro estudio donde al evaluar se halló que su adherencia a estas guías estaba lejos de los objetivos organizacionales. Teniendo que ser rediseñada la evaluación de la adherencia a guías con la participación de personal asistencial y los planes de mejoramiento de este proceso.(Munera, 2008)

Además su práctica clínica diaria y el beneficio de su uso adecuado o bien aplicado con calidad, es indudable en cuanto a que su cumplimiento inadecuado o metodología parcialmente usada se relaciona con una peor evolución y mayor estancia hospitalaria. La realización de programas que mejoren su implementación reduce la morbilidad; en otro estudio sugieren la evaluación de su implementación como el diseño de los programas de mejora que necesitan una metodología específica. (Gómez Doblas,J.2006)

En ese sentido, debemos recordar que el manejo de una adecuada información debería permitir generar registros validos y confiables de datos que se puedan procesar y analizar con el objetivo de generar información adecuada para la toma de decisiones (Mayca, 2007)

Según los resultados, se observa que la mayoría de pacientes tienen grado de instrucción secundaria o superior. Sin embargo, observamos que aproximadamente 3 de cada 10 pacientes tienen instrucción primaria o son analfabetas, que nos sugiere un inadecuado acceso cultural a servicios de control prenatal.

Asimismo, podemos observar que dos tercios de las pacientes presentaron riesgo de productos no viables, un tercio de ellas por aborto o amenaza de este y el otro tercio con amenaza o parto pre-término.

Por otro lado, cuando se evalúa los antecedentes obstétricos de la gestante se observa que la maternidad tiene factores condicionantes de riesgo, que va en relación a la frecuencia de número de embarazos y antecedentes personales u obstétricos, ya que el aborto estuvo presente en cerca de 4 de cada 10 de las pacientes y el antecedente de hemorragia en 12 de cada 100 pacientes atendidas. Sin embargo, el antecedente de cesárea solo se reportó en el 5% de los casos.

El presente estudio también confirma que cuando existe período intergenésico corto hay mayor riesgo de hemorragia obstétrica y que si se asocia a otros factores también se puede presentar riesgo en periodos intergenésicos de 1 a 4 años 61.9%.

Observamos también que casi 6 de cada 10 casos con hemorragia obstétrica ocurre durante la gestación, poco más de 2 de cada 10 durante el parto y casi 3 de cada 10 durante el puerperio.

No obstante, a pesar que todas las pacientes fueron catalogadas con el diagnóstico de hemorragia severa y la mayoría de ellas recibió monitoreo básico, aproximadamente en 9 de cada 100 no se evaluó las funciones vitales ni el estado de conciencia, sólo en 64.76% de ellas se cumplió el protocolo de hemorragias severas que es la administración de cristaloides y plasma y en 82.9% de ellas no se midió ni controló la diuresis.

Observamos también que 8.57% de las pacientes fueron referidas, debido a que su estado fue grave al momento del ingreso. 91.33% de las pacientes permanecieron en el establecimiento debido a que su condición fue estable y 5.71% presentó alguna complicación durante su estancia hospitalaria, menos de un tercio requirió estancia hospitalaria mayor a 2 días y la mayoría –más del 90%- dada de alta en la condición de mejorada sin complicaciones o curada.

Finalmente, podemos coincidir con Seclén (2004) en sugerir que se debe reforzar la necesidad de ofertar servicios humanizados de atención prenatal basados en el buen trato y en la información al usuario, con la idea de mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud y la adherencia de la gestante a ellos. De esta forma nos encaminaremos hacia la reducción de la mortalidad materna y debe convertirse en la piedra angular que unifique el accionar del sistema de salud en todo el país diversificándola a las peculiaridades regionales (Seclén, 2003).

Además en el presente estudio, se encontró que conforme se va implementando guías y trabajos estandarizados van a la par de los avances tecnológicos que se vienen adquiriendo para uso complementario en un adecuado diagnóstico y manejo de las emergencias en hemorragias obstétricas, como fueron equipos de ecógrafos , monitores materno fetales y monitores de funciones vitales. Al igual que personal asistencial vienen adquiriendo dichas habilidades y destrezas en el uso y manejo de dichos equipos.

El nivel de complejidad del establecimiento en relación a otros esta limitado, pero alcanzó las expectativas para su nivel de atención, siendo aún deficientes sus registros al omitir presencia o asociación a otras patologías y la aplicación parcial del uso de la guía, lo que prolonga la estancia hospitalaria, pues la guía es de una emergencia.

## CONCLUSIONES.

- El grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia obstétrica Severa se correlaciona negativamente con el tiempo de estancia en el Hospital Vitarte de la ciudad de Lima.
- A mayor grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragias Obstétricas Severas tuvo más días de estancia hospitalaria.
- El grado de uso de la guía de atención de emergencias en Hemorragia Obstétrica Severa es alto, pero al parecer la calidad de su aplicación es inadecuada a juzgar por los resultados.
- Los dos tercios de las pacientes con hemorragia obstétrica severa atendidas por emergencias tienen estancia hospitalaria de 2 días y un tercio igual o mayor a 3 días.
- Los factores que influyen en la estancia hospitalaria de las pacientes atendidas por emergencias en Hemorragias Obstétrica Severa fueron: Condición de ingreso y/o complicaciones de la Hemorragia Obstétrica Severa (severidad del cuadro por asociación a enfermedades intercurrentes); uso inadecuado de la guía (uso parcial), sub registro de diagnósticos complementarios en historia clínica.

## RECOMENDACIONES

- Mejorar la calidad de la aplicación de la guía de atención de emergencias de Hemorragias Obstétricas severa para que su correlación sea positiva.
- Actualizar, uniformizar criterios y socializar periódicamente el uso de las guías de atención de emergencias obstétricas en el establecimiento de salud, que además se incluya una hoja de monitoreo para pacientes con Hemorragia Obstétrica Severa.
- Difundir las normas técnicas que regulan el llenado de la historia clínica para lograr mejorar la calidad del registro de datos.
- Se sugiere reformular la Guía institucional para Hemorragia Obstétrica Severa que al parecer no está sirviendo para conseguir los objetivos de disminuir la estancia hospitalaria.
- Continuaren en las investigaciones de uso de guías para mejorar las buenas prácticas, donde se evalué la estancia hospitalaria con el objetivo de disminuir la morbilidad materna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF, OMS y UNFPA Indicadores de Proceso de la ONU: elementos clave para medir la reducción de mortalidad materna [http://www.migracionesforzadas.org/pdf/RMF19-20/rmf19-20\\_15.pdf](http://www.migracionesforzadas.org/pdf/RMF19-20/rmf19-20_15.pdf) , pág. 19,20
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estado de la población mundial 2008. Recuperado de <http://www.unfpa.org/swp/2008/presskit/docs/sp-swop08-report.pdf>.
3. Paxton, A; Maine D.; y Hijab N. (2003) 'Utilizando los indicadores de proceso de las Naciones Unidas en los servicios de emergencia obstétricos' (Using then UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services), Manual AMDD.
4. MINSA - DGSP(2004). Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Dirección General de Atención Integral de la Salud. Perú
5. INEI. Informe Técnico: Situación de la pobreza en el 200. p.32.
6. Ortega, M. y Cayuela A. (2002) Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. Rev. Esp. Salud Publica; 76:115-120
7. Roa, R. Salud y Enfermedad: crisis del paradigma biomédico. <http://www.saludargentina.org/Capitulo%201-Salud%20y%20Enfermedad,%20Paradigmas%20y%20Crisis.doc>
8. Peliche, F. (2004) La evolución del pensamiento físico-matemático y su eventual proyección a la reflexión de problemas del conocimiento (y tal vez médicos). Rev. Argent Card; 72:299-301



9. Pérez, R. (2000) ¿Existe el Método Científico? 2da Ed. (La Ciencia para Todos). Fondo de Cultura Económica. México.
10. Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government Canada. p. 31-34.
11. Velásquez, A. (s.f.). Adherencia y uso efectivo de guías de atención en emergencias obstétricas, manejo adecuado de la historia clínica de la paciente y su relación con el tiempo de estancia en el hospital El Carmen de la ciudad de Huancayo en el año 2006. UPCH
12. Camarena, C. (2007) Factores que limitan el grado de uso de guías de Práctica Clínica (GPC) realizado en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, de junio a agosto del 2007.
13. Gómez Doblas, Juan (2006) Implementación de Guías Clínicas en Hospital Universitario de Málaga en España. Rev. Esp Cardiol. 2006;59(Supl 3):29-35. - Vol.59 Núm. Supl.3 DOI: 10.1157/13096255
14. Valencia Hoyos, B. y colabs. Adherencia a las guías de cateterismo vesical y aplicación de hemoderivados por el personal de enfermería en el Servicio Médico quirúrgico de la IPS de Medellín (2008)
15. Seclen-Palacín, J. A.; Jacoby, E.; Benavides, B.; Novara, J.; Velásquez, A.; Watanabe, E; Arroyo, C. (2003). Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000 en Perú MINSA.
16. Mùnera Mùnera, H y colabs. (2008) Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paul Antioquia Medellín 2008 , pág. 9.10,28 Univ. Antioquia Colombia.

17. Seclen-Palacín, J.A.; Benavides, B.; Jacoby, E.; Velásquez, A.; Watanabe, E. (2004) ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. Rev Panam Salud Publica; 16(3):149–57.
18. Mayca, J. (2007) Análisis de las brechas de información en la oferta de servicios maternos y su uso en la toma de decisiones, en la Diresa Amazonas 2007. Tesis Mg. En SP UPCH
19. ONU (2006). Tasa de mortalidad materna (objetivos del milenio). Recuperado de [es.wikipedia.org/Wiki objetivos de desarrollo del milenio-45k](http://es.wikipedia.org/wiki/objetivos_de_desarrollo_del_milenio-45k)
20. MINSA – DGSP (2007). Guías de Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutivas – Perú.
21. López Gómez, A.y colaboradores (2007) Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos – Costa Rica p. 5-8.
22. Ramírez Donoso, Gloria (2008).La definición de las Guías Clínicas, Ministerio de Salud Gobierno de Chile P 18.
23. MINSA (2007b). Tan cerca...tan lejos: Una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú.
24. Pavón-León, P y col. (2003). Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 3(1). [http://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol3\\_num1/articulos/comp\\_obst\\_gin\\_obst.html](http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol3_num1/articulos/comp_obst_gin_obst.html)

## ANEXOS

- **Anexo 1** : Formulario de Recolección de Datos: de la Historia Clínica del paciente con Hemorragia Obstétrica Severa. (elaborado por la investigadora)
- **Anexo 2** : ANEXO C-3 Las gestantes con hemorragia obstétrica que acuden al establecimiento con FONE deben recibir tratamiento según la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Capacidad Resolutiva Nivel II-1 de: FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES – PROCEDIMIENTOS ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA SEVERA Y SHOCK HIPOVOLÉMICO (4) Validado por : RM N°142-2007 / MINSA.
- **Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva 2007-Ministerio de Salud del Perú :**  
Shock Hemorrágico  
Aborto  
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo  
Hemorragia Intra parto y post parto
- **Proveído de:** Investigación N<sup>a</sup> 004-2010 HBCV autorización para ejecutar la investigación en Hospital Vitarte.

**ANEXO N° 01**

**Formulario de Recolección de Datos: de la Historia Clínica del paciente con Hemorragia Obstétrica Severa.** Estudio en el Hospital Vitarte: **GRADO DE USO DE LA GUIA DE ATENCION DE EMERGENCIAS EN HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA Y SU CORRELACION CON EL TIEMPO DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA EN EL PERIODO 2005 AL 2009**"

**Instrucciones :** A continuación se presentan **Formulario de Recolección de Datos: de la Historia Clínica del paciente con Hemorragia Obstétrica Severa**, revise cuidadosamente las historias clínicas y marque según corresponda (Si, No) por cada ítem de acuerdo al tipo de Emergencia que se presente.

Número de historia Clínica: ..... Fecha: .....

Edad: .....

Grado de Instrucción: ( ) analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior

Total de Embarazos: ..... Total de partos a termino..... Partos prematuros:.....

Total Abortos :..... Total Hijos vivos:..... N° cesáreas:.....

Edad Gestacional x FUR o ECO: .....Semanas.

Periodo Intergenesico: ( ) menos de 1 año ( ) más 4 años

Mala Historia Obstétrica: ( ) aborto ( ) prematuro ( ) hijo nació muerto

( ) Cesáreas previa ( ) enfermedad hipertensiva ( ) Hemorragias

**DIAGNOSTICO DE INGRESO: HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA**

TIPO DE HEMORRAGIA OBST X ETIOLOGIA:

( ) Menos de 22 sem EG cual: .....

( ) Mayor de 22 sem EG cual:.....

( ) En Parto cual:.....

( ) En Puerperio cual:.....

Estándares	Lista de verificación	Si	No
1.Colocar vía endovenosa(venoclisis) y administrar NaCl al 9‰ ò otra solución salina(cristaloides)/Expansor plasmático	Se administró Haemacell		
2.Reevaluar la respuesta hemodinámica, a través del monitoreo de: las funciones vitales, la diuresis y el estado de conciencia.	Se monitorearon las funciones vitales y se dejó constancia de ello.		
	Se midió y controló la diuresis. Se registro.		
	Se monitoreó el estado de conciencia y se dejó constancia de ello.		
3.Tomar muestra para hematocrito, grupo sanguíneo, Rh, prueba cruzada.	Se realizaron todos los exámenes auxiliares solicitados y se dejó constancia de los resultados.		

**DATOS ADICIONALES PARA EMERGENCIAS OBSTETRICAS**

REFERIDO: SI ( ) NO ( )

**CONDICION DE LA PACIENTE AL INGRESO:** ESTABLE ( ) GRAVE ( )

**PATOLOGIA CONCURRENTES:** (ejm: miomas uterinos, desnutrición, anemia...)

SI ( ) ..... excluyente: trastornos hematológicos e inmunológicos,

CID,DBT descompensada, TBC grave o situación crítica.

NO ( )

**COMPLICACIONES:** Ejm: Insuficiencia renal, coma, muerte u otro.

SI ( ) ..... excluyente: Shock séptico, CID,

NO ( )

**N° DE DIAS QUE ESTUVO HOSPITALIZADA:** .....

**CONDICION DE ALTA:**

( ) CURADA

( ) MEJORADA SIN COMPLICACION

( ) MEJORADA CON COMPLICACION

( ) TRANSFERIDA

( ) FALLECIDA

**ANEXO 2: C 3**

**Las gestantes con hemorragia obstétrica que acuden al establecimiento con FONE deben recibir tratamiento según la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva:**

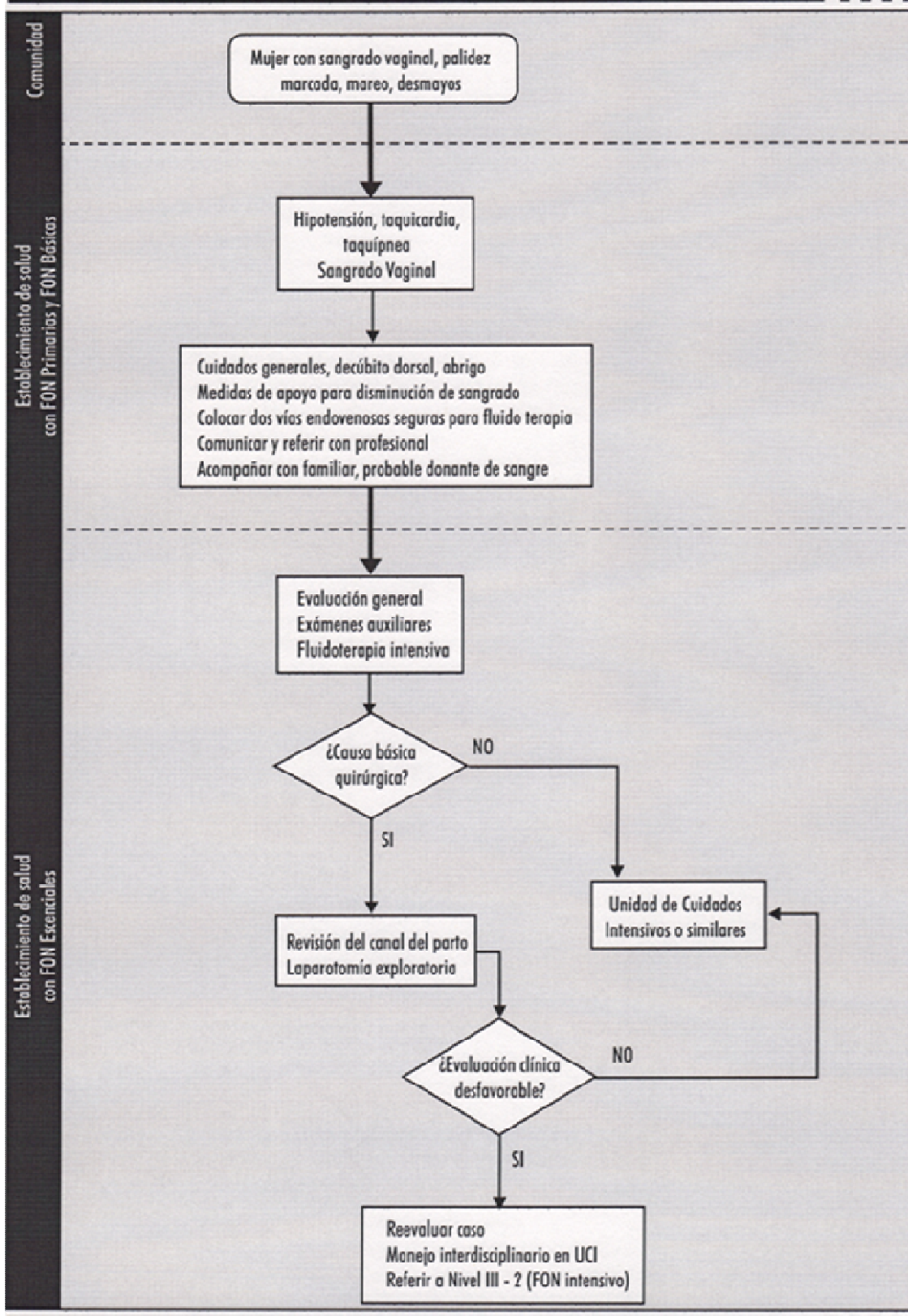
<b>FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES – PROCEDIMIENTOS</b>	
<b>ATENCIÓN DE LA HEMORRAGIA SEVERA Y SHOCK HIPOVOLÉMICO</b>	
<b>POR OBSERVACIÓN :</b>	
El personal de salud saluda y se identifica con la gestantes y sus familiares o personas que la acompañan.	
Hay privacidad visual y auditiva, para el examen y para las preguntas (Dos profesionales como máximo, salvo autorización de la paciente y que la estructura de "Emergencia" no permita que otras personas escuchen).	
El proveedor pregunta a la gestante como se encuentra e indaga sobre los signos y síntomas que presenta.	
Si la gestante acude en mal estado general o luce agudamente enferma, el personal de salud actúa en equipo rápidamente.	
Se asegura de mantener la vía aérea permeable.	
Se coloca dos vías endovenosa con catéter N° 16 ó 18.	
Se coloca una con CINA al 9 ‰ a goteo rápido endovenoso (dependiendo del cuadro clínico) y otra con oxitocina.	
Se evalúa la severidad del cuadro clínico.	
Se evalúa el estado de conciencia.	
Se evalúa la frecuencia cardíaca.	
Se determina el nivel de presión arterial.	
Se determina la frecuencia respiratoria.	
Se toma la temperatura.	
Se define el color de la piel.	
Se evalúa los latidos fetales.	
Se determina la mejor posición para colocar a la gestante.	
Se indaga por el Carné Perinatal de la gestante.	
El personal indaga por la papeleta de transferencia de la gestante, si la misma es remitida de un establecimiento periférico.	
Se inicia la elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal.	
Se toma una historia dirigida, preguntando a la gestante si presenta alguno de los siguientes síntomas: taquicardia, taquipnea, debilidad, mareos, visión borrosa, dolor epigástrico, frialdad distal, hipotensión ortostática y confusión.	
Se realiza la anamnesis.	
Se indaga por los antecedentes personales.	
Se indaga los antecedentes familiares	
Se indaga por los antecedentes obstétricos.	
Se indaga por los antecedentes patológicos.	
Se indaga sobre antecedentes de violencia en la familia	
Se indaga sobre antecedentes de abuso sexual.	
El proveedor lava sus manos antes de examinar a la paciente.	

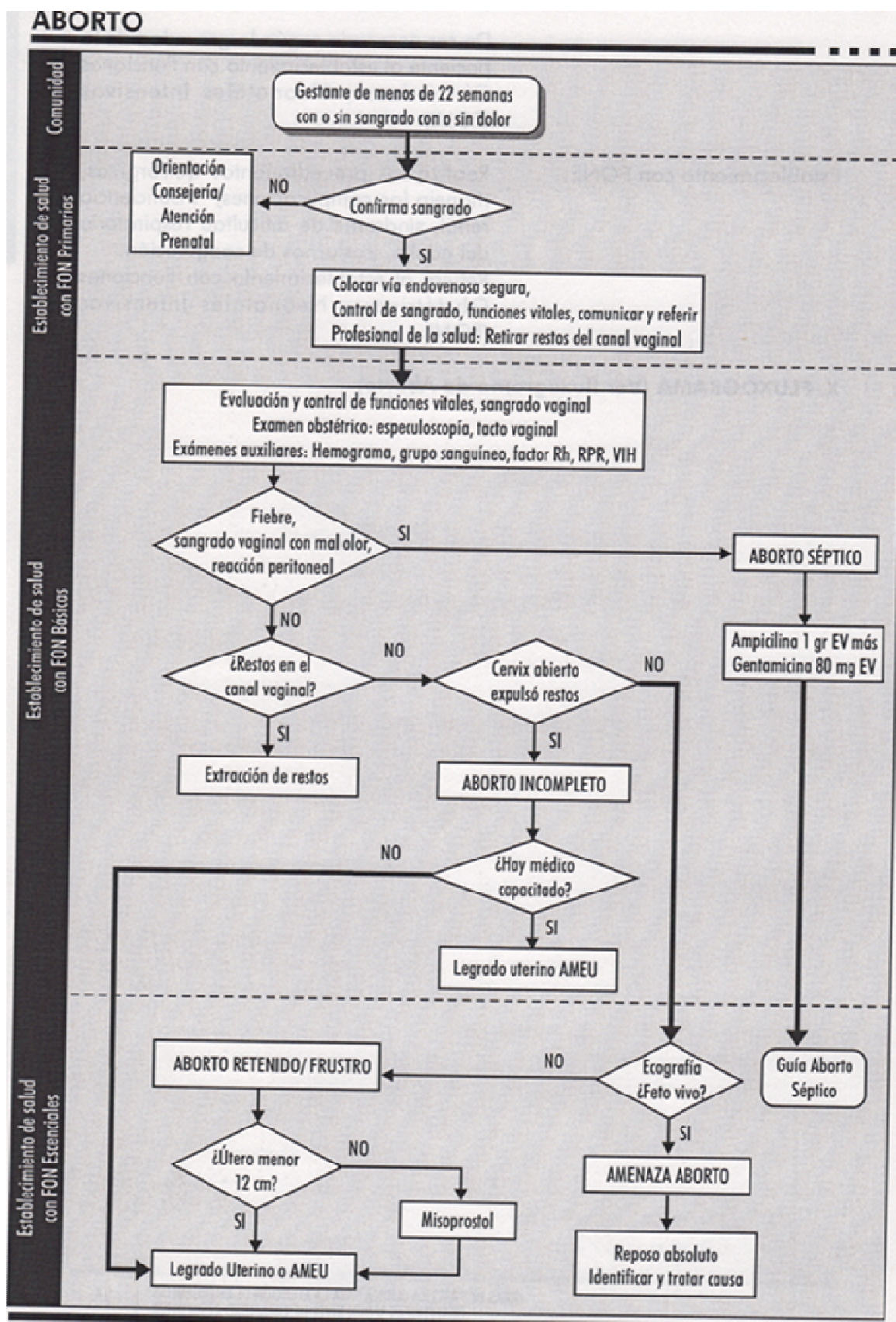
DOCUMENTO TÉCNICO: ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL  
EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Se realiza el examen físico de cabeza y cuello (ojos, orejas, nariz, boca, tiroides, ganglios).	
Se realiza el examen físico pulmonar.	
Se realiza el examen físico cardiovascular.	
Se realiza el examen físico de mamas.	
Se realiza examen abdominal.	
Se mide la altura uterina con cinta obstétrica.	
El proveedor utiliza la técnica adecuada para medir la altura uterina (Técnica adecuada: colocar un extremo de la cinta sobre el pubis y el otro extremo entre los dedos de la mano que hace un plano perpendicular en el fondo del útero. La altura uterina es la línea recta que se forma entre un extremo y otro. La cinta no debe ir sobre toda la curva del útero sino en línea recta desde el pubis al fondo del útero.	
Se ausculta latidos fetales.	
Se realizan las maniobras de Leopold (Si la gestante tiene 28 semanas o más).	
Se solicita exámenes auxiliares: hemograma.	
Se solicita exámenes auxiliares: hematocrito o hemoglobina.	
Se solicita exámenes auxiliares: grupo sanguíneo y factor Rh.	
Se solicita exámenes auxiliares: recuento de plaquetas.	
Se solicita exámenes auxiliares: pruebas cruzadas.	
Se solicita exámenes auxiliares: tiempo de protrombina, TPT.	
Se solicita exámenes auxiliares: fibrinógeno.	
Se solicita exámenes auxiliares: urea y creatinina.	
Se solicita exámenes auxiliares: examen de orina.	
Se solicita exámenes auxiliares: gases en sangre arterial.	
Se solicita exámenes auxiliares: electrolitos.	
Se verifica que se tenga la sala de operaciones disponible y operativa.	
Se verifica que se tenga Banco de Sangre o Centro de Hemoterapia y que se disponga de sangre segura.	
Se realiza ecografía y se determina el perfil biofísico fetal.	
Se realiza monitoreo fetal electrónico.	
Dependiendo de la gravedad, se coloca sonda foley para control de diuresis.	
Se realiza examen de vulva.	
Se realiza examen de vagina.	
Si es gestación mayor de 28 semanas se difiere el tacto vaginal.	
Se realiza un monitoreo constante de la gestante y el feto con evaluación de funciones vitales cada 15 minutos.	
De acuerdo a diagnóstico se realiza legrado uterino.	
De acuerdo a diagnóstico se realiza cesárea.	
En hospitalización se realiza controles vitales en forma constante y se evoluciona diariamente hasta el alta, de acuerdo a la normas.	
Al efectuarse el alta se acuerda con la gestante la fecha de la próxima cita para su control.	
Se consigna el tratamiento a seguir, al momento del alta.	
En caso de realizar la referencia de la paciente, se realiza la comunicación rápida y oportuna con el establecimiento de destino.	
Se utiliza el medio de transporte operativo, para la evacuación de la paciente y la disponibilidad inmediata del chofer.	

1. SI
2. no

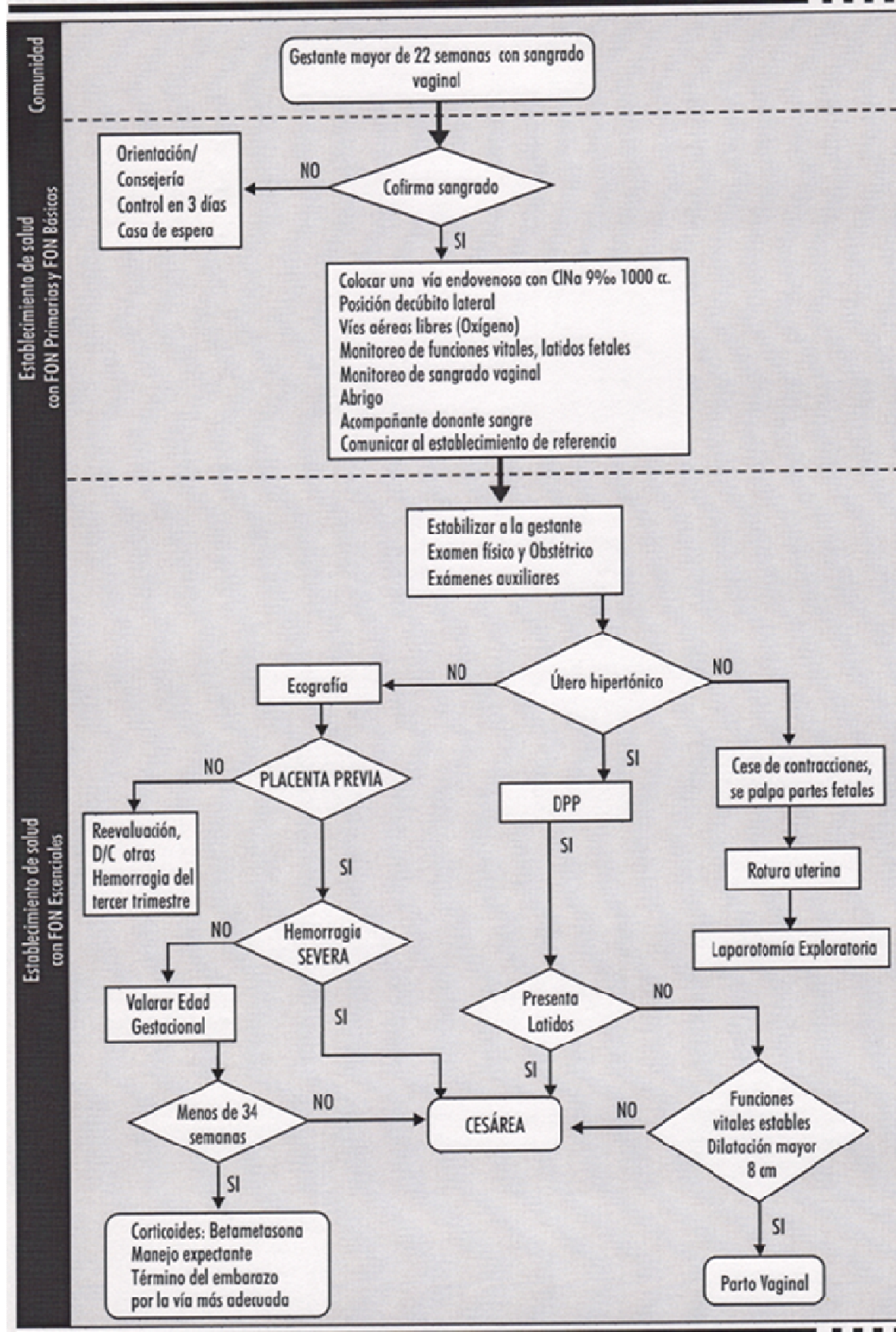
# SHOCK HEMORRAGICO



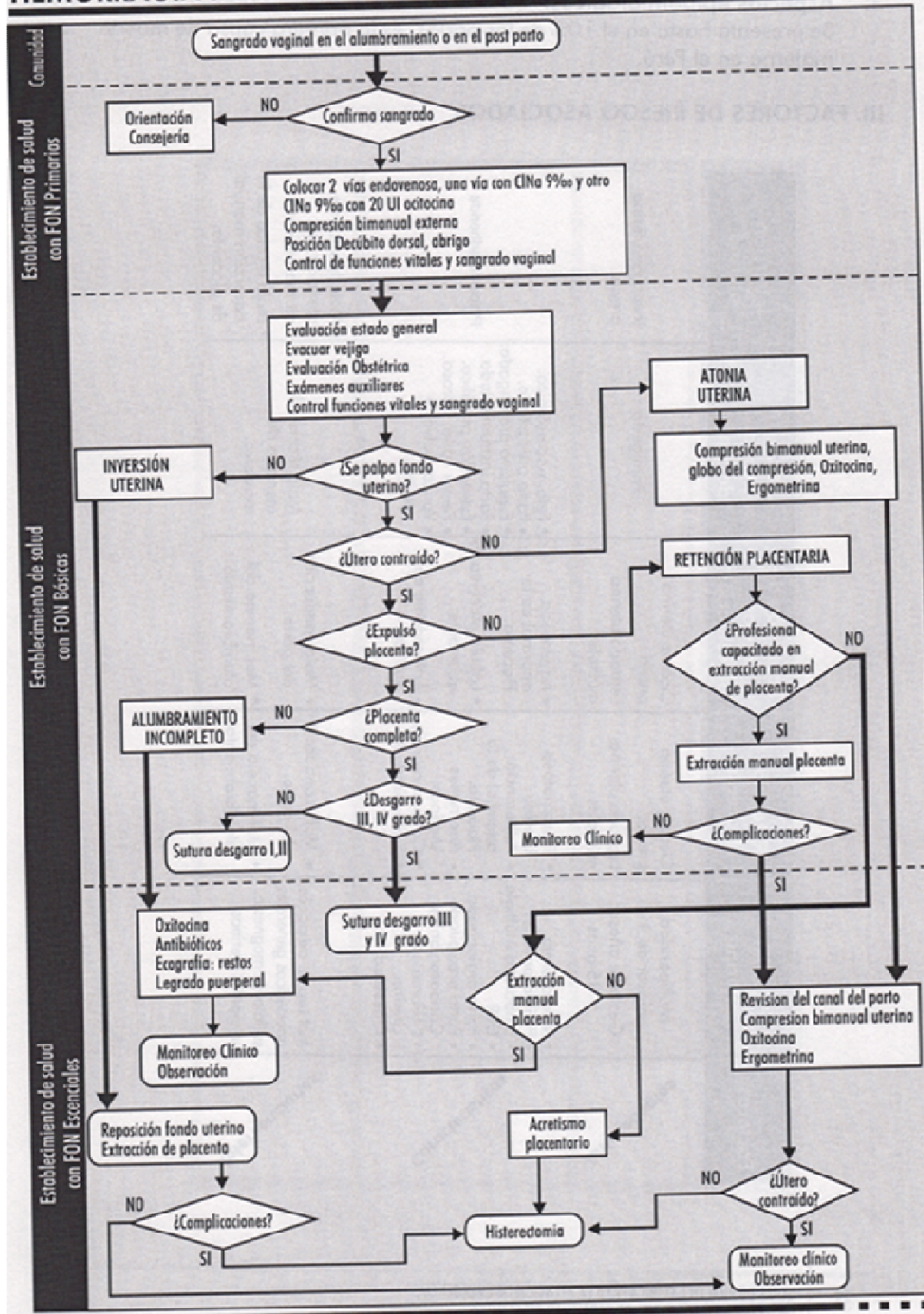




# HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO



# HEMORRAGIA INTRAPARTO Y POST PARTO







PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Hospital de Baja  
Complejidad Vitarte

Año de la Unión Nacional Contra la Crisis  
Externa

## PROVEIDOS DE INVESTIGACIÓN Nº 004 - 2010

### LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Cesar Augusto Conche Prado

Director del hospital Vitarte

Dra. Magdalena G. Bazán Lossio

Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Dra. Rosa B. Gutarra Vilchez

Jefe del Área de Investigación.

Dejan Constancia que:

La Licenciada en Obstetricia, Maria Luz Díaz Híjar del Hospital de Baja Complejidad de Vitarte ha presentado el proyecto de investigación:

**"GRADO DE USO DE LA GUIA DE ATENCION DE EMERGENCIAS EN HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA Y SU CORRELACION CON EL TIEMPO DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL DE VITARTE DE LA CIUDAD DE LIMA EN EL PERIODO 2005 AL 2009"**

El cual cuenta con la aprobación correspondiente para su ejecución  
Es todo cuanto informamos a fin de que SE LE BRINDE LAS FACILIDADES CORRESPONDIENTES.

Vitarte, 04 de Junio del 2010

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL VITARTE  
DR. CESAR AUGUSTO CONCHE PRADO  
DIRECTOR





PERÚ

**MINISTERIO  
DE SALUD**

HOSPITAL  
VITARTE

**HOJA DE MONITOREO MATERNO FETAL**

Fecha: .....

Nombre de la Paciente: .....

H.C.: ..... Dx: ..... Rp: .....

Edad: .....

FUR. ....

FPP.: ..... Responsable .....

EG.: ..... Med/Obst.: .....

[illegible]